



LUCAS
Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy
Minderbroedersstraat 8
3000 Leuven
www.kuleuven.be/lucas

Zorg voor de Buurt

Technische nota

Chantal Van Audenhove & Anja Declercq

LUCAS KU Leuven

10 december 2016

In samenwerking met:

Ruth Kennivé & Paul Vermeulen

De Smet Vermeulen Architecten

en

Em. prof. dr. Marc Boes

**TEAM
VLAAMS
BOUWMEESTER**

**AGENTSCHAP
ZORG &
GEZONDHEID**

**DEPARTEMENT
RUIMTE
VLAANDEREN**

Colofon

Opdrachtgever

Vlaamse Overheid

- Departement Kanselarij en Bestuur – Team Vlaams Bouwmeester
- Agentschap Zorg en Gezondheid – Team Eerstelijn en Thuiszorg

Onderzoeksleiding

Prof. dr. Chantal Van Audenhove en prof. dr. Anja Declercq

Stuurgroep van het project

- Margot Cloet, Kabinetschef, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen
- Michiel Boodts, Adjunct-Kabinetschef Ruimtelijke Ordening, Vlaams minister van Omgeving Natuur en Landbouw
- Stefan Devoldere, Vlaams Bouwmeester (tot 1 september 2016)
- Leo Van Broeck, Vlaams Bouweester (vanaf 1 september 2016)
- Christophe Cousaert, Beleidsadviseur, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling VIPA
- Stijn De Vleeschouwer, Team Vlaams Bouwmeester
- Christel Van Langenhove, Team Thuiszorg, Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn
- Veerle Van Der Linden, Teamverantwoordelijke Ouderenzorg, Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn
- Johan De Vleeshouwer, Sectorverantwoordelijke Ouderenzorg, Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn
- Jan Hertecant, procesbegeleider - De Begijnenpassage - Zonnelied vzw

Partners

Ruth Kennivé & Paul De Smet, De Smet Vermeulen Architecten

Em. prof. dr. Marc Boes, jurist

Wetenschappelijk medewerkers

Renilt Vranken, Nele Spruytte

Interviewer

Nathalie Vansweevelt, rapporteur Focusgroepen

Administratieve ondersteuning

Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Leuven, december 2016

Inhoudstafel

Hoofdstuk 1	Vermaatschappelijking van de zorg	7
1	Definitie van vermaatschappelijking van zorg	7
2	Omgeving, huisvesting en gezondheid	9
3	Positieve gezondheid	12
4	Waarden	16
5	Vermaatschappelijking van de zorg en het inclusief potentieel van een wijk	19
Hoofdstuk 2	De buurt en buurtgerichte zorg	25
1	De rol van buurten in de zorg	25
2	Buurt- of wijkgerichte zorg	26
3	Onder welke voorwaarden kan buurtgerichte zorg? De uitdagingen voor beleidsmakers	27
4	Dé buurt bestaat niet	29
5	Samenvattend: sterktes en valkuilen	30
6	“Waar men gaat langs Vlaamse wegen...”	31
Hoofdstuk 3	Burgers in de buurt	33
1	Actief burgerschap en participatie	33
2	Co-creatie en coproductie	35
Hoofdstuk 4	De professionele zorgorganisaties: zorgnetwerken in de buurt	39
1	Netwerkvorming en integrale zorg	39
2	Samenwerkingsmodellen in Vlaanderen	42
2.1	Samenwerking op het niveau van de zorgvoorzieningen	42
2.2	Netwerken rond de zorgvrager	44
Hoofdstuk 5	Voorbeelden in Vlaanderen	53
1	De pilootprojecten van de Vlaamse Bouwmeester	53
1.1	De pilootprojecten Onzichtbare zorg	53
1.2	De pilootprojecten Collectief Wonen	54
2	De Zorg Proeftuinen	54
3	Woonzorgzone Wervik	57
4	Kenniscentrum Woonzorg Brussel (www.woonzorgbrussel.be)	57
5	Een bron van inspiratie?	59
Hoofdstuk 6	Bevraging focusgroepen	61
1	Samenstelling focusgroepen	61
2	Vraagstelling	62

3	Resultaten	62
3.1	Elementen die bepalend zijn voor de haalbaarheid van duurzame zorgzame buurten	62
3.2	Valkuilen voor duurzame zorgzame buurten	63
3.3	Visie op het beleid en rol van de overheid	64
3.4	Enkele accenten	64
4	Conclusies focusgroepen	64
Hoofdstuk 7	De regelgeving betreffende ruimtelijke ordening en ruimtelijke planning	65
1	Planningsinstrumenten	65
1.1	Ruimtelijke structuurplannen	65
1.2	Ruimtelijke uitvoeringsplannen	66
1.3	Afwijking van voorschriften	68
1.4	Zonevreemde woningen en constructies	68
1.5	Stedenbouwkundige verordeningen	72
2	Vergunningen en meldingen	73
2.1	Vergunningen	73
2.2	Meldingen	75
3	Zorgwonen	76
4	Het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap van 13 december 2006	77
4.1	Relevante bepalingen van het Verdrag	78
4.2	Impact van het Verdrag op de ruimtelijke ordening	80
5	Samenvatting	80
Hoofdstuk 8	Overzicht van inzichten voor pilootscenario	83
	Bijlage	95

Inleiding

Het model van de verzorgingsstaat met vele zorgvoorzieningen kende een sterke groei en ontwikkeling in de tweede helft van de vorige eeuw en het werd tot voor enkele jaren hoofdzakelijk op basis van de toenmalige centrale regelgeving en visie op zorg verder uitgebouwd. In het kader van ruimtelijke orde en stedenbouw werden dorpen en steden vooral geconcentreerd voor gezonde, mobiele en zelfredzame burgers. Het zorgaanbod kreeg vorm vanuit twee aparte domeinen: de thuiszorg enerzijds en de residentiële zorg anderzijds. De residentiële zorgvoorzieningen worden wel vaker buiten de dorps- of stadskern ingeplant. Personen met een beperking of een kwetsbaarheid ontvingen er de gepaste zorg. Soms woonden zij er als het ware in asielen voor een lange periode, soms zelfs levenslang. Terugkeer naar het gewone leven was geen optie.

De huidige, snel veranderende samenleving brengt echter heel wat nieuwe, grote uitdagingen met zich mee, waarop de traditionele beleids- en praktijkbenaderingen steeds moeilijker adequate antwoorden kunnen bieden. Er wordt al langer geëxperimenteerd in beleid en praktijk met initiatieven die hierop inspelen, die de traditionele grenzen van de thuiszorg en de residentiële zorg achter zich laten en die gericht zijn op kwaliteitsvol levenslang wonen en leven voor iedereen in een gezonde en aangename leefomgeving. Bovendien is de zorg niet langer een zaak die alleen de publieke sector aanbelangt. De vermarkting van de zorg toont zich in tal van private initiatieven en soms ook publiek-private samenwerkingen.

Op het vlak van het beleid wordt enerzijds werk gemaakt van de vermaatschappelijking van de zorg op maat van de zorgvragers en hun mantelzorgers. Anderzijds wordt er gezocht naar innovatieve woonvormen en samenlevingsvormen op maat van de huidige en de toekomstige burgers. Deze doelstellingen kunnen maar worden waargemaakt als twee sectoren, met belangrijke raakvlakken, de zorgsector enerzijds en de sector stedenbouw en ruimtelijke ordening anderzijds, hun krachten bundelen en als de betrokken burgers (zorgvragers, zorggevers, buurtbewoners) het eigenaarschap van het leven, wonen en zorgen in hun gemeenschap opnemen. Dit impliceert dat ze zelf, steeds volgens de eigen mogelijkheden, mee denken en mee hun schouders zetten onder een actief zorgzame buurt. Deze shift is niet vanzelfsprekend in een maatschappij die individualiseert. Als “zorgzaam” ook “zorg-samen” betekent komen we al vlug in de buurt van het participatief en inclusief burgerschap en van co-creatie en coproductie. De verbinding van zorg, wonen en leven met de noden, de zorgvragen, maar ook met de krachten en de initiatieven van de burgers (zorgvragers, zorggevers, buurtbewoners) is hierin essentieel. Dit vereist enerzijds participatie van alle betrokkenen en anderzijds een grote flexibiliteit op het vlak van de organisatie van zorg en wonen.

In de publicatie over de Pilotprojecten Onzichtbare zorg stelde de Vlaamse Bouwmeester:

“De nieuwe visie in de zorgsector heeft echter nog geen adequate ruimtelijke vertaling gevonden. De zorginfrastructuur hinkt achterop op de maatschappelijke gevoeligheden en praktijken. Daarom hebben wij van zorg een van de speerpunten van ons beleid gemaakt. Wij pleiten voor een ‘onzichtbare zorg’. Onzichtbare zorg is zorg die niet meer afgezonderd maar geïntegreerd is in het maatschappelijke en stedelijke leven. Een zorg die ingebed is in ons dagelijks bestaan verkrijgt normaliteit, vanzelfsprekendheid en onzichtbaarheid.” (Vlaamse Bouwmeester, 2014b)

Een duurzame zorgzame buurt vereist ook een ruimtelijke ordening en ruimtelijke planning die de zorg stimuleren en bevorderen. Zij moeten er een kader en draagvlak aan geven, eerder dan haar te hinderen of te isoleren. Een buurt is een dynamisch gegeven: de populatie verandert, de wensen en de noden veranderen. Dit vereist flexibiliteit op het vlak van 'software' (trekkers, participanten, netwerken), maar ook op het vlak van 'hardware': omgeving en infrastructuur, zoals gebouwen die flexibel aangepast kunnen worden aan diverse en veranderende wensen en noden.

Het is belangrijk dat we hier alle vragen op dit domein helder kunnen formuleren, zodat gericht kan nagedacht worden over antwoorden op het vlak van architectuur en ruimtelijke ordening.

- Welke flexibiliteit kan op het vlak van individueel wonen gerealiseerd worden?
- Welke flexibiliteit kan er op het vlak van collectief wonen gerealiseerd worden?
- Welke flexibiliteit kan er voor de huisvesting van buurtondersteuning en ontmoeting, buurt- en zorgoverleg, lokale (tijdelijke) zorginitiatieven op maat van de buurt gerealiseerd worden?
- Welke rol kan een multifunctioneel buurtcentrum vervullen en hoe kan dit flexibel gebruikt worden?
- Hoe wordt de publieke ruimte best vormgegeven zodat ze de buurtaanpak en ontmoeting van alle buurtbewoners ondersteunt? Wat kunnen sport, recreatie, (samen) eten ... hierbij betekenen?
- Hoe wordt de publieke ruimte best vormgegeven zodat ze maximaal toegankelijk is voor alle buurtbewoners?
- Hoe wordt gezorgd voor een goede mobiliteit voor iedereen in en vanuit de buurt?
- Kan er gewerkt worden met herbestemming en renovatie van bestaand patrimonium?
- Kan er een rol zijn voor maatschappelijk verantwoord ondernemen?
- ...

In deze technische nota bespreken we de elementen die van belang zullen zijn om duurzame zorgzame buurten uit te bouwen vanuit verschillende invalshoeken: vermaatschappelijking van de zorg, de buurt en haar inclusie potentieel, de burgers in de buurt en de professionele zorgorganisaties. We koppelen steeds terug naar de ruimtelijke betekenis hiervan. We sluiten af met een overzicht van initiatieven die momenteel al in Vlaanderen genomen worden en die inspiratie bieden voor een projectoproep voor duurzame zorgzame wijken.

Hoofdstuk 1

Vermaatschappelijking van de zorg

De toenemende vergrijzing en de vermaatschappelijking van de zorg zijn belangrijke trends die bepalend zijn voor de vraag naar nieuwe vormen van zorg en nieuwe woonvormen. Meer mensen met chronische ziekten en blijvende beperkingen zullen in de nabije toekomst in de samenleving zorg nodig hebben. Velen van hen zullen ook zelf actief zorg verstrekken. De burger participeert als zorgverstrekker en als organisator van zorg. De samenleving biedt kansen tot participatie. We bieden een overzicht van de belangrijkste begrippen waaronder de nieuwe kijk op positieve gezondheid en op waarden die bepalend zijn voor goede zorg in de samenleving. Een belangrijk aspect is ook het inclusief potentieel van de ruimtelijke context waarin men zich beweegt.

1 Definitie van vermaatschappelijking van zorg

Het huidige Vlaamse zorgbeleid is gekenmerkt door trends die men in vrijwel alle Europese landen ziet, meer bepaald: deïstitutionalisering en vermaatschappelijking. Een sterke deïstitutionalisering bestaat erin dat minder zorg in residentiële voorzieningen geboden wordt door een beperking van het aantal ziekenhuisbedden en door een beperking van de verblijfsduur in dit soort van voorzieningen. Hiermee gaan een aantal andere trends in de zorg gepaard. Zo ziet men een geleidelijke evolutie van grootschalige residentiële voorzieningen naar kleinschaligheid. De erkenning van de rol van mantelzorgers en familieleden in de zorg voor chronisch zieken neemt stilaan toe. Men begint het therapeutisch potentieel van familierelaties in te zien, er komt meer aandacht voor de draaglast en draagkracht van mantelzorgers en hun rol als vertegenwoordiger wordt in toenemende mate erkend. Niet onbelangrijk in deze evoluties zijn de economische aspecten. Efficiëntie en kostenbeperking zijn belangrijke drijfveren voor de deïstitutionalisering en de vermaatschappelijking. De persoonlijke bijdrage in de zorg neemt over het algemeen genomen toe naarmate men meer zorg in de thuissituatie opneemt. In dezelfde lijn ligt ook de toegenomen belangstelling voor evidence based practices in de lichamelijke, psychische en sociale zorg en ondersteuning.

Op het vlak van de zorgorganisatie streeft men naar de uitbouw van een evenwichtige zorg (balanced care) met een aanbod van zorg zoveel mogelijk in de natuurlijke omgeving van personen met een zorgbehoefte. Het model van balanced care is een ideaal model. Moderne ziekenhuisfaciliteiten blijven beschikbaar voor de acute problematieken. Daarnaast voorziet men ook langetermijn woonvormen voor mensen met blijvende beperkingen in hun (fysiek, psychisch, sociaal) functioneren. De zorg is niet alleen gefocust op het genezen van symptomen, maar ook op het functioneren met blijvende beperkingen. Een evenwichtige zorg in de samenleving respecteert de internationale verklaring van de mensenrechten, schrijft zich in op de breed gedragen 'Sustainable Development Goals' (SDG) of Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen van de Verenigde Naties en focust op de prioriteiten van de persoon zelf. Zorgverstrekkers van verschillende sectoren en voorzieningen werken gecoördineerd.

Figuur 1:



Met deze 17 SDG's, die aangenomen werden op 25 september 2015, willen de Verenigde Naties armoede uit de wereld te helpen, de planeet beschermen en welzijn voor allen verzekeren. Elk doel heeft specifieke targets die in de komende 15 jaar moeten gehaald worden.

Om deze doelen te bereiken, zo stellen de Verenigde Naties, moet iedereen zijn deel doen: het beleid, de private sector, de burgermaatschappij of civil society en de burgers.

Bron: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

<http://www.vvsg.be/Internationaal/Noord->

[Zuid/Documents/Publicatie%20LokaleSchoudersVoorMondialeUitdagingen%20website.pdf](http://www.vvsg.be/Internationaal/Noord-Zuid/Documents/Publicatie%20LokaleSchoudersVoorMondialeUitdagingen%20website.pdf)

De vermaatschappelijking van de zorg verwijst naar de kwalitatieve veranderingen in de zorg, waarmee deze deinstitutionalisering gepaard gaat. Het begrip 'vermaatschappelijking' is een vlag die meerdere ladingen dekt. Ten eerste is er een streven naar sociale integratie en inclusie van mensen met blijvende beperkingen of chronische ziekten. Dit houdt in dat zorgverstrekkers niet enkel vanuit een deficitmodel aan de slag gaan, maar oog hebben voor de sterktes of eigen kracht van de persoon met een beperking.

Op basis van de (nog) aanwezige competenties helpt men de persoon zijn plaats zoeken, vinden en behouden als volwaardig burger. Het begrip "empowerment" is hier geen holle slogan, noch een afschuiven van verantwoordelijkheid. Het sluit aan bij wat de meeste mensen met een ziekte of beperking zelf willen: geholpen worden om eigen keuzes te maken die bijdragen tot kwaliteit van leven. Het vereist ook een verandering in de samenleving, waarbij men ziekte of beperking niet meer automatisch associeert met een stopzetten van maatschappelijke participatie als burger. Het vereist niet alleen creativiteit om de werk- educatie- vrijetijdsomgevingen aan te passen aan de participatie van mensen met een beperking, maar ook een openheid van geest in de hele samenleving om deze nieuwe realiteit te accepteren.

Een tweede aspect van het begrip vermaatschappelijking heeft betrekking op de eigentijdse invulling van humanisering van de zorg. Het streven naar participatie en inclusie vereist dat ook de voorzieningen voor zorg en ondersteuning maatschappelijk geïntegreerd zijn zodat ze geen exclusie en separatie in de hand werken. Als burger kan men zijn rollen opnemen in de samenleving, ieder met zijn beperkingen en sterktes. Dit houdt o.a. in dat men zo nodig ook gebruik kan maken van de generieke voorzieningen die open staan voor iedere burger (bv. de huisarts, het CAW, de VDAB, etc.). Het normalisatieprincipe is in

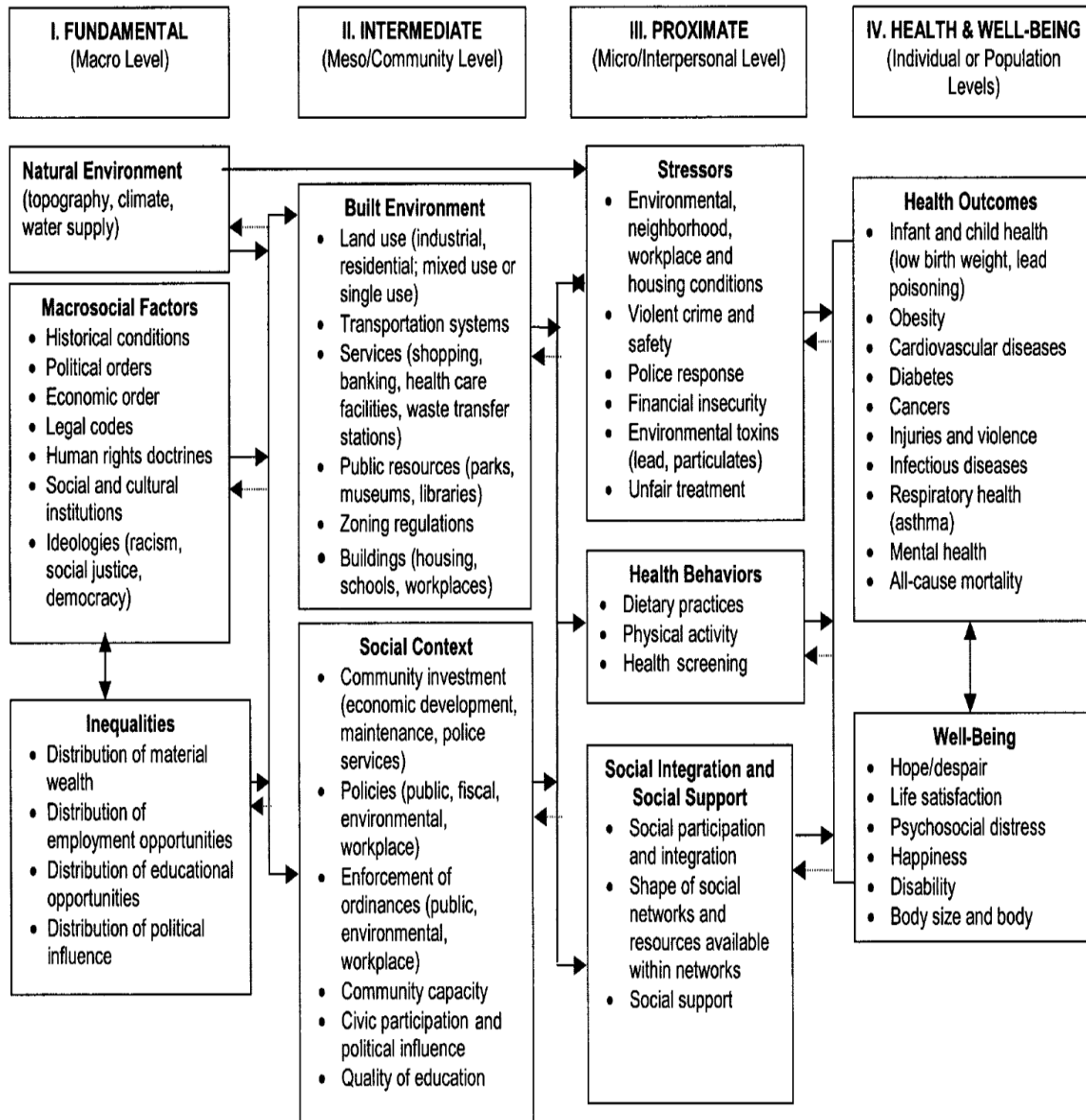
dit verband eveneens van belang: de wens om een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Dit is wat de meeste mensen met een beperking of ziekte wensen.

Aandacht voor maatschappelijke determinanten van beperkingen en problemen is een derde wezenlijk aspect van vermaatschappelijking van de zorg. In vele gevallen is de problematiek van een persoon slechts een beperkt aspect van de globale problematiek waar mee men te maken krijgt. Zo kan men vaststellen dat vele mensen met een beperking sterker lijden onder de stigmatisering en discriminatie die er het gevolg van is dan onder de ziekte of beperking zelf. Sommige omgevingen zijn ziekmakend, denken we maar aan de problematiek van burn-out die vaak mede geëvoceerd wordt door de kenmerken van de werkomgeving.

2 Omgeving, huisvesting en gezondheid

Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) voerde in 2013 de vierjaarlijkse gezondheidsenquête uit. Hierin wordt door middel van interviews gepeild naar de ervaren gezondheid van de Belg. Een van de rapporten behandelt de resultaten op het vlak van omgeving, huisvesting en passief roken. Als onderbouw voor de relatie tussen deze factoren en gezondheid wordt verwezen naar Northridge (Northridge et al., 2004) die onderstaand conceptueel model van sociale determinanten van gezondheid ontwikkelde.

Figuur 2: Northridges model van sociale determinanten van gezondheid (Schultz & Northridge, 2004)



Northridge duidt 'II Intermediate – Meso community level' als het vertrouwde terrein van de stedenbouwkundige (urban planner) en 'III Proximate - Micro interpersonal level' als het vertrouwde terrein van de welzijns- en gezondheidswerkers (public health practitioners). Om gezonde steden te kunnen plannen is het volgens Northridge cruciaal dat de historische link tussen stedenbouw en publieke gezondheid nieuw leven wordt ingeblazen (Northridge, 2004). We denken hierbij bijvoorbeeld aan de betekenisvolle rol die de aanleg van het riool- en waterleidingsnetwerk speelde bij de beheersing van infectieziekten (de Swaan, 1989).

Het model van Northridge en Schulz geeft een beeld van de dynamische sociale processen waardoor sociale ongelijkheid en ongelijkheid op het vlak van de omgeving en de daarmee samenhangende ongelijkheid op het vlak van gezondheid en welzijn ontstaan en gereproduceerd worden. Door op deze sociale processen en/of de fysieke omgeving in te grijpen kan de ongelijkheid teruggedrongen worden en de gezondheid en het welzijn van de bevolking verbeteren.

Dit model is uiteraard een vereenvoudiging van een zeer complexe werkelijkheid, maar het laat ons toe om investeringen in Zorgzame Buurten te situeren binnen een ruimer kader van processen en factoren.

In dit kader vestigen Northridge en Schulz de aandacht op het potentieel van initiatieven op het mesoniveau:

“The intermediate factors shown in our conceptual model are of particular interest as we consider environmental health disparities. It is here that we believe societies and communities may intervene and both ‘push up’ against the fundamental factors that contribute to health disparities through multiple pathways and at the same time directly influence proximate factors that lead to both individual and population health and well-being.”

Ze wijzen er ook op dat initiatieven die zich richten op het meso- en het macroniveau moeten anticiperen op politieke en economische uitdagingen enerzijds en op onbedoelde consequenties anderzijds. Dit kan door te investeren in samenwerkingsvormen die alle stakeholders actief betrekken. (Northridge & Schulz, 2004)

Het rapport van het WIV schetst in de inleiding ook een beknopt beeld van de mogelijke impact van de gebouwde componenten van de leefomgeving zoals de gebouwen, het transportsysteem, het landgebruik, de parken, de visuele omgeving en de structurele condities op de gezondheid van de bewoners. We lijsten deze informatie samen met de door het WIV gebruikte referenties op:

Verontreiniging of gevaren gerelateerd aan deze omgeving kunnen een negatief effect hebben op de gezondheid van de bewoners. (MacIntyre S & Ellaway A., 2009)

Negatief:

- Luchtverontreiniging in de woonomgeving: respiratoire aandoeningen (Corburn et al., 2006) vroegtijdige sterfte door alle doodsoorzaken, vroegtijdige sterfte door kanker en door cardiovasculaire aandoeningen (Jerrett et al., 2005)
- Lawaai in de lokale omgeving: afwijkend functioneren van het cardiovasculair systeem (bv. Hypertensie), bepaalde pathologieën (angina pectoris en myocard infarct), ongemak en slaapstoornissen (Babisch, W, 2008)
- Fysieke wanorde (graffiti, schade aan eigendommen, vuilnis): een slechtere gezondheid (Cohen et al., 2003) en met meer chronische stress te wijten aan een gevoel van onveiligheid (Northridge et al., 2003)

Positief:

- Toegang tot gezonde ruimtes: lichaamsbeweging, andere mensen ontmoeten en relaties opbouwen. (Bernard et al. 2007)
- Aangename lokale omgeving (meer groen, minder afval en graffiti): meer lichaamsbeweging en minder obesitas. (Ellaway et al., 2005; Ellaway et al., 2009)
- « Groenere » wijk: minder depressie, angst en stress bij de bewoners (Beyer et al., 2014).

In het kader van de gezondheidsenquête wordt de gebouwde omgeving omschreven als elk element van de fysieke omgeving dat gemaakt of aangepast is door tussenkomst van de mens. In de enquête worden enerzijds de kwaliteit van de lokale leefomgeving en anderzijds de kwaliteit en het comfort van de woning bevraagd aan de hand van volgende kenmerken:

- **Kwaliteit van de lokale leefomgeving:** De kwaliteit van de lokale leefomgeving wordt gemeten via de perceptie die de bewoners hebben m.b.t. overlast in hun wijk of buurt en via de hinder thuis veroorzaakt door een reeks omgevingsfactoren zoals luchtverontreiniging en lawaai.

- **Kwaliteit van de woning:** De kwaliteit van de woning wordt gemeten aan de hand van drie items (situatie van overbevolking m.b.t. het aantal slaapkamers, moeite om de woning voldoende te verwarmen, en vocht- of schimmelproblemen) en aan de hand van roken in de woning. Daarnaast worden de gewoonten van de huishoudens voor wat de verluchting van de woning betreft, nagegaan.” (WIV, 2015)

Deze bevraging brengt de ervaren hinder met betrekking tot deze indicatoren in kaart en stelt ze voor in functie van de gebruikelijke socio-demografische achtergrondkenmerken, van het eigendomsstatuut van de woning en van het huishoudtype.

3 Positieve gezondheid

De verschuiving van een deficitmodel naar een herstel- of krachtenbenadering die de vermaatschappelijking van de zorg in de praktijk brengt, herkennen we in de nieuwe, dynamische definitie van gezondheid die Huber ontwikkelde samen met de Nederlandse Gezondheidsraad en ZonMw. Deze nieuwe definitie van gezondheid vertrekt vanuit de veerkracht en zelfredzaamheid van mensen:

“Gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.”

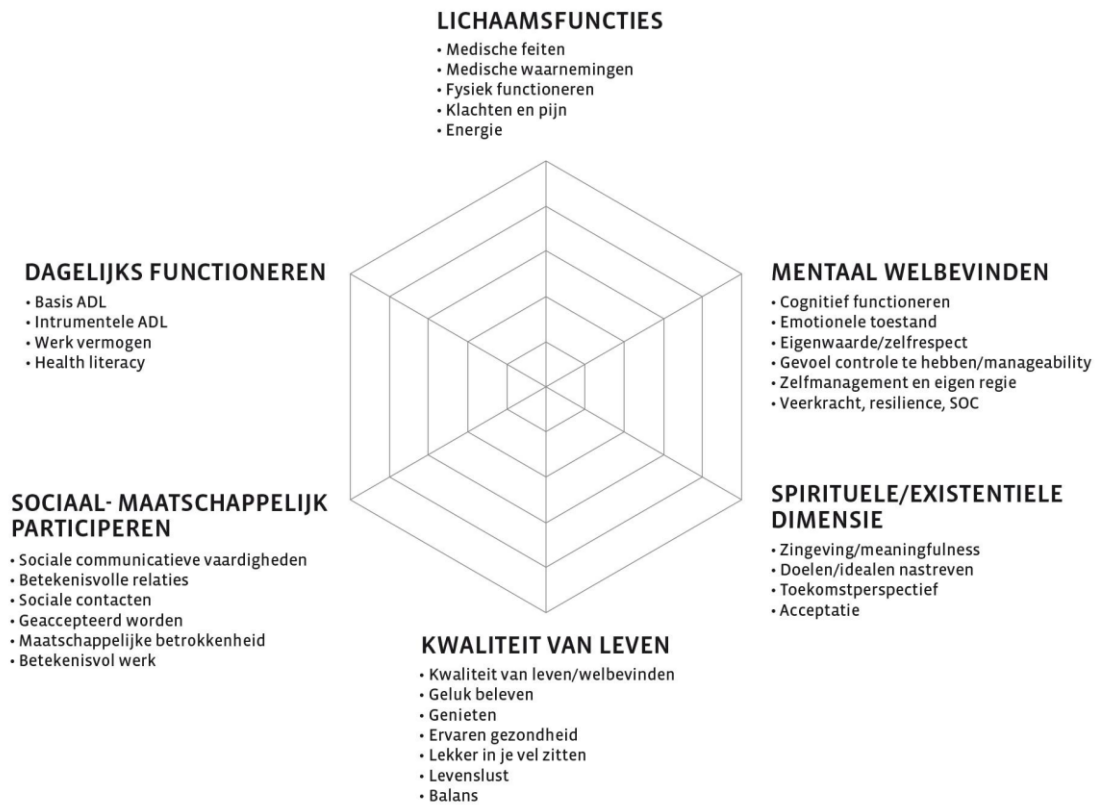
Het verschil met de WHO-definitie, die gezondheid als compleet welbevinden omschrijft, is dat Huber in haar definitie het menselijk vermogen en streven om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van ziekte, als uitgangspunt neemt. Persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen zijn daarbij net zo belangrijk.

Huber operationaliseerde de nieuwe dynamische definitie aan de hand van het concept ‘positieve gezondheid’, dat bestaat uit zes dimensies. Deze dimensies zijn: lichamelijke functies, mentale functies en beleving, de spirituele/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Opvallend is dat een kwantitatieve test van dit nieuwe concept bij 2000 stakeholders (patiënten, behandelaars, onderzoekers en beleidsmakers) grote verschillen in interpretatie tussen patiënten enerzijds en behandelaars, onderzoekers en beleidsmakers anderzijds aan de oppervlakte bracht. Patiënten vinden de zes dimensies ongeveer even belangrijk en benaderen gezondheid in brede zin zoals in de definitie, terwijl de andere stakeholders eerder opteren voor een enge benadering die zich vooral toespitst op zaken als lichamelijke functies. (Huber, 2014)

We kunnen stellen dat de dimensies van het concept ‘positieve gezondheid’ goed weergeven waar patiënten en bij uitbreiding burgers belang aan hechten als het over gezondheid en ziekte gaat. Het is dan ook een richtinggevend concept waarmee toekomstgerichte zorg beter kan afgestemd worden op wat patiënten belangrijk vinden en nodig hebben.

In Nederland is intussen gestart met de implementatie van het concept ‘positieve gezondheid’ in de praktijk. Zo wil de regio Noordelijke Maasvallei (bestaande uit gemeenten, ziekenhuis, GGZ-instelling, zorggroepen) binnen vijf jaar de medische en sociale zorg inrichten op basis van het concept. Daartoe worden momenteel ook de indicatoren voor positieve gezondheid uitgewerkt. Onderstaande indicatoren hebben de eigen beoordeling van de persoonlijke situatie als uitgangspunt. Men vertrekt van de vraag ‘Wat zou U willen veranderen?’ Er wordt dus geen externe norm gehanteerd. (Huber, 2015)

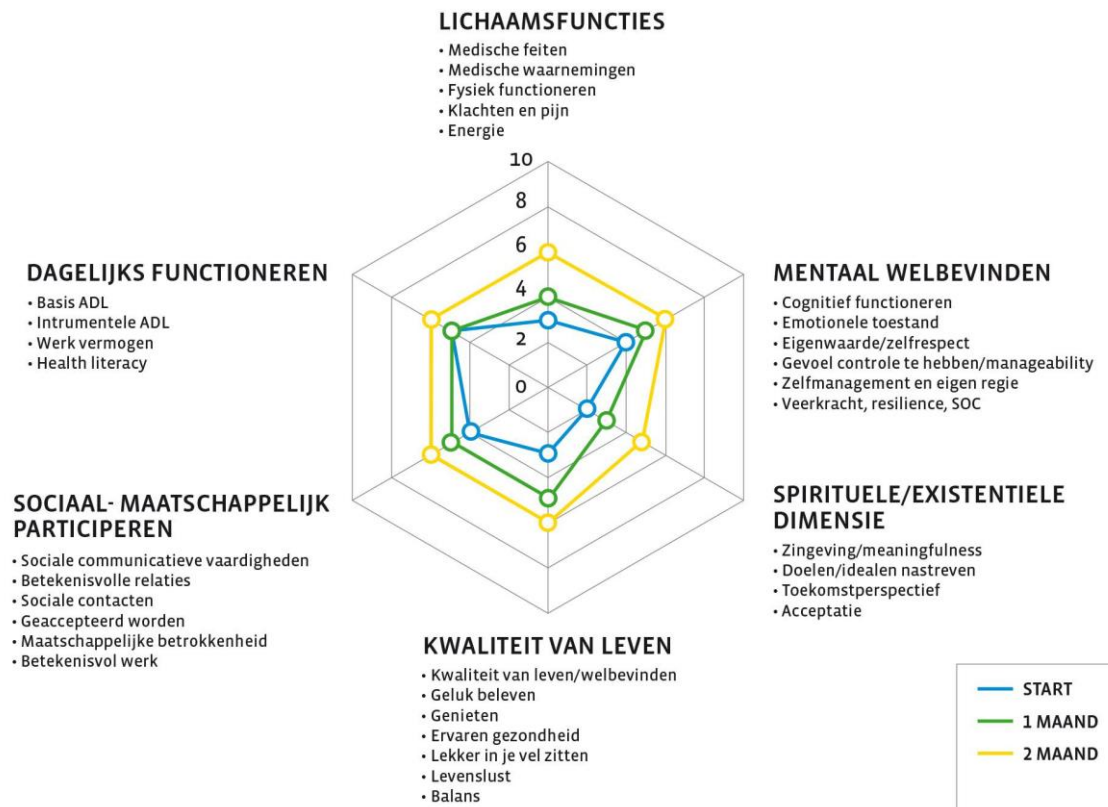
Figuur 3:



(Huber, 2015)

Aan de hand van het spinnenweb-diagram worden de zes hoofddimensies gevisualiseerd en kunnen ook evoluties in kaart gebracht worden. In de toekomst wordt het ook mogelijk om door te klikken naar E-healthadviezen. (Huber, 2015)

Figuur 4:



Deze brede definitie van gezondheid reikt een andere bril aan om naar de leefomgeving te kijken. Niet enkel de fysieke gezondheid van de omgeving (luchtvervuiling, geluidshinder, gezond en veilig binnenklimaat van de woningen, etc.) is van belang maar ook de kans op sociaal-maatschappelijke participatie, een goed dagelijks functioneren, geluk beleven, genieten, etc. zijn bepalend voor de ervaren gezondheid van de bewoners.

Deze nieuwe definitie is interessant omdat ze leidt tot nieuwe perspectieven op belangrijke maatschappelijke problemen zoals bv. de vereenzaming en het sociaal isolement bij ouderen. Sociaal isolement en gevoelens van eenzaamheid zijn vooral maar niet uitsluitend een probleem van oudere leeftijdsgroepen van 75 of 85 plussers, wellicht mede omwille van slechtere gezondheid of overlijden van partners (Vermeulen, Declercq et al, 2012; Spruytte, De Coster et al, 2013).

Ook voor gezinnen met jonge kinderen biedt een brede definitie van gezondheid die ook aandacht vraagt voor het sociaal ruimtelijk aspect van een buurt, een relevant kader. Volgende aanbevelingen van de werkgroep Jong & Overal Thuis voor een kindgerichte, gezonde en veilige leefomgeving weerspiegelen deze ruime benadering.

Een kindgerichte en veelzijdige leefomgeving die **spel en exploratie** van kinderen **ontlokt**. Het herwinnen van de stoep en de straat als speelplek.

- Een leefomgeving die **ontmoeting** in de buurt **mogelijk maakt**.
- **Vertrouwen-wekkend** wat **mobilititeit** betreft. De mate waarin we er kunnen op vertrouwen dat kinderen zich veilig en zo zelfstandig mogelijk kunnen verplaatsen, bepaalt in grote mate de actieradius van kinderen en dus de mate waarin zij ervaringen in hun omgeving kunnen opdoen.

Daarom zijn niet alleen speelplekken belangrijk maar zeker ook de **verbindingen** tussen plekken die voor kinderen belangrijk zijn.

- **Sociaal vertrouwen:** de inrichting van woonplekken (of erven) bepaalt in grote mate de sociale controle en dus ook de actieradius van kinderen.
- **Milieuveiligheid:** kinderen zijn de eerste slachtoffers van verontreiniging.”

(Rapport Jong & Overal Thuis blz 7-9 <http://www.kindengezin.be/img/Eindrapport-jong-en-overal-thuis.pdf> en Rapport Jong & Betrokken blz 12 <http://www.kindengezin.be/img/eindrapport-jong-en-betrokken.pdf>)

Aandacht voor het sociaal-ruimtelijk aspect van een buurt is daarom essentieel om te beantwoorden aan de brede definitie van gezondheid. Ruimte geven aan ontmoeting is preventief werken aan gezondheid. Ruimte waar mensen elkaar kunnen tegenkomen, waar iets georganiseerd kan worden, ruimte om even het huis te verlaten en op adem te komen, etc. vormen onmisbaar sociaal kapitaal van een buurt. Publieke ruimte heeft een groot verbindend potentieel. Ze kan uiteenlopende programma's met elkaar verbinden en onafhankelijke paden en routes laten kruisen. Ook publieke interieurs mogen hierbij niet over het hoofd gezien worden, denk aan de bibliotheek, de stationshal of een jeugdhuis. Belangrijk hierbij is het vrijwaren van 'overschot' of 'overmaat'. Dit zijn plaatsen waar de regels niet helemaal vastliggen, waar nog van alles in kan gebeuren. Het zijn ruimtes die kansen bieden aan dat wat in het reguliere aanbod geen plaats vindt.

CASE STUDY Overvecht Utrecht (1)

Overvecht is een naoorlogse hoogbouwwijk in Utrecht. De wijk scoort laag op gezondheid en kent een opeenstapeling van sociaal-economische problemen. Meer inwoners dan gemiddeld in Utrecht hebben het moeilijk om rond te komen, voelen zich uitgesloten, of voelen zich niet thuis in de wijk. Volgens sommigen ligt dat aan de architectuur van dergelijke hoogbouwwijken. Anderen wijzen op het gebrek aan beheer, het wegvallen van voorzieningen en de beperkte investering in de sociale omgeving.

Het hart van Overvecht is een winkelcentrum met rondom meerdere leegstaande gebouwen en een publieke ruimte gericht op de auto. Een groot herontwikkelingsplan met nieuwbouw, een ondergrondse parking en nieuwe publieke ruimte lag op tafel maar bleek economisch niet haalbaar. Vanuit leegstandsbeheer werden de leegstaande gebouwen op de site opengesteld voor sociaal-culturele organisaties of ondernemers. Onder andere een danscollectief (De Dansers) en een ontwerp bureau (HIK) vestigden zich in de leegstaande gebouwen. Hun aanwezigheid in de wijk daagde deze nieuwkomers uit om met de wijk Overvecht en haar inwoners aan de slag te gaan. Zo voerde HIK-ontwerpers samen met wijkbewoners en het wijkbureau verschillende ingrepen uit in de publieke ruimte van Overvecht, gaande van muurschilderingen tot de heraanleg van het stationsplein. De Dansers organiseerden workshops met schoolkinderen uit Overvecht en organiseerden het eerste ears and eyes festival. Ook bewoners van Overvecht zelf vonden een plek op deze site. Zo werd door een aantal jongeren de skatehall Poernaka ingericht in het voormalig postpakketgebouw De Reuzenhal.

Deze ontwikkelingen tonen hoe de aangeboden gebouwen een belangrijk sociaal kapitaal vormden. Ze brachten een dynamiek op gang die de sociale cohesie in de wijk versterkte en kansen bood aan de inwoners om zelf iets op poten te zetten.

Het wijkbureau speelde hierin een belangrijke rol. Als lokale overheid, ingebed in de wijk, vormen ze de schakel tussen het buurtinitiatief en het groter gemeentelijk apparaat. Ze verlichten de administratieve druk en brengen bewoners in contact met mogelijke subsidies of interessante organisaties.

Daarnaast was de verminderde huur van de aangeboden ruimtes doorslaggevend. Veel sociaal initiatief kan zich geen marktconforme huur veroorloven en is aangewezen op dergelijke leegstandsregelingen. De praktijk leert echter dat ook bij tijdelijk ter beschikking stellen van gebouwen een toekomstperspectief geboden moet worden. Wanneer het behoud van een locatie te onduidelijk of onzeker is, kan de bewoner niet in de plek investeren en zelfs beslissen om weg te trekken.

Hoewel de nieuwe bewoners een positieve impact hadden op de wijk, kon hun toekomst op de site niet verzekerd worden en trokken ze weg. Het ontbrak de gemeente namelijk aan tools om de sociale meerwaarde, die moeilijk in cijfers te vatten is, te verdedigen ten opzichte van de economische logica van het gemeentelijke vastgoedbeleid. In navolging hiervan startte de gemeente met het ontwikkelen van het principe van welzijns m² om zo deze ruimtes een stem te geven in de gemeentelijke vastgoedbalans.

Figuur 5:



vlnr: Dromen uit Overvecht (HIK), Poernaka mini ramp, Overdreven Festival, De Stadswerkplaats Utrecht: ruimte voor hout en meubels, Ears & Eyes festival, De Reuzenhal.

4 Waarden

De keuzes die het beleid maakt in de organisatie van zorgvoorzieningen wordt bepaald door waarden die in het geding zijn. Wat vindt men belangrijk?

De visie van LUCAS op goede zorg is geïnspireerd op de negen kernprincipes van goede zorg van Thornicroft en Tansella (1999), die vinden dat beleidsmakers zich bij hun keuzes moeten laten leiden door negen kernprincipes van goede zorg: autonomie, continuïteit, effectiviteit, toegankelijkheid, omvattendheid, rechtvaardigheid, verantwoording, coördinatie en efficiëntie.

Goede zorg

1. **Bevordert autonomie:** De cliënt moet de mogelijkheid hebben om zelf onafhankelijk te beslissen en keuzes te maken ondanks de aanwezigheid van symptomen en beperkingen. De autonomie kan worden bevorderd door effectieve behandeling en zorg.
2. **Is continu:** De voorzieningen beschikken over de kundigheid om op korte termijn de interventies binnen en tussen de teams op elkaar af te stemmen (cross-sectionele continuïteit) en om contacten op langere termijn ononderbroken te stroomlijnen (longitudinale continuïteit).
3. **Is effectief:** De behandelingen en voorzieningen met bewezen voordelen kunnen worden toegepast in de dagelijkse praktijk.
4. **Is toegankelijk:** Cliënten kunnen de zorg ontvangen waar en wanneer dit nodig is.
5. **Is omvattend:** De omvattendheid situeert zich op horizontaal en op verticaal niveau. Horizontale veelomvattendheid (bereiken van alle doelgroepen) betekent dat de zorg verstrekt

wordt over het hele continuüm van de ernst van de ziekte en van de brede waaier van cliëntenkenmerken. Verticale veelomvattendheid (aanbieden van alle basiszorg die de doelgroep nodig heeft) kan worden gedefinieerd als het beschikbaar stellen van alle basiscomponenten van zorg en het gebruik ervan door prioritaire risicogroepen.

6. **Is rechtvaardig:** De middelen zijn eerlijk verdeeld en zowel de visie achter het bepalen van de prioritaire noden als de methodes die gebruikt worden om middelen toe te wijzen zijn geëxpliciteerd.
7. **Geeft verantwoording:** De vragen van de cliënten, hun familie en het bredere publiek worden beantwoord. Zij hebben immers allemaal rechtmatige verwachtingen ten aanzien van de wijze waarop de voorziening haar verantwoordelijkheden dient op te nemen.
8. **Werkt gecoördineerd:** De voorziening werkt met een coherent behandelingsplan voor iedere individuele cliënt. Elk plan bevat duidelijke doelen waaraan de noodzakelijke en effectieve interventies worden gekoppeld. Er is een plan voor zowel de cross-sectionele (coördinatie binnen een afgelijnde zorgperiode) als longitudinale coördinatie (de coördinatie over een langere periode).
9. **Werkt efficiënt:** Men streeft naar een minimale input om een bepaalde uitkomst te behalen of een maximale uitkomst voor een bepaald niveau van input.

De grote sterkte van deze negen kernprincipes schuilt er in dat zij de perspectieven en waarden van de belangrijkste stakeholders (cliënten, zorgverleners, zorgvoorzieningen, beleidsmakers) op een gelijkwaardige manier met elkaar verbinden en expliciteren. Niet alle waarden of uitgangspunten zijn voor alle betrokken partijen even belangrijk. Zo blijkt bijvoorbeeld dat vooral de waarden van efficiëntie en effectiviteit bij de overheid (en bij het privaat initiatief) voorop staan, terwijl andere waarden zoals toegankelijkheid of continuïteit voor cliënten en hun naasten veel belangrijker kunnen zijn (Thornicroft & Tansella, 1999).

Daarnaast bevatten twee recente visienota's van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SARWGG) belangrijke elementen die mee richting zouden moeten geven aan dit project.

In de Visienota "integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen" van de SARWGG wordt vermaatschappelijking omschreven als een radicale omslag of paradigmashift in de visie op zorg en ondersteuning, waarbij de burger, zijn zorgvragen, zijn zorgbehoefte en zijn naaste omgeving centraal staan en een goede kwaliteit van leven voor en door elke burger het doel en de maatstaf is. De SAR WGG omschrijft de krachtlijnen van deze omslag als volgt:

- "Integrale zorg en ondersteuning neemt de **behoeften, vragen en doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte** (en zijn naaste omgeving) als uitgangspunt. Het nastreven van een goede **kwaliteit van leven** voor en door elke burger moet de ultieme ambitie zijn van een integrale zorg en ondersteuning. Deze benadering vertrekt vanuit een holistisch mensbeeld.
- Voor de raad is het essentieel dat professionele (zorg- en ondersteunings-)systemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. In **een zorgende samenleving** is professionele zorg niet voor alles de oplossing, maar treedt ze eerder ondersteunend en aanvullend op ten aanzien van het sociaal netwerk en de eigen kracht van mensen. Integrale zorg en ondersteuning zet sterk in op **preventieve actie en de mobilisering van verbindende krachten in de samenleving**.
- Voor de raad kan deze integrale zorg en ondersteuning pas gerealiseerd worden door **het direct toegankelijk eerstelijnsaanbod te versterken over de sectoren en beleidsdomeinen heen**. De

discussie over de **organisatorische randvoorwaarden en de intersectorale inzet van middelen** mag niet verward worden met het doel van een integrale aanpak: de optimale afstemming van zorg en ondersteuning op de vragen en behoeften van burgers die zich tijdelijk of permanent in een kwetsbare situatie bevinden.” (SAR WGG, 2012)

Integrale zorg is bijgevolg ook sectoroverschrijdende zorg. De problemen en de zorgnoden van mensen met chronische problemen beperken zich immers meestal niet tot het zorgaanbod van één sector. Daarbij komt dat de vermaatschappelijking van de zorg met zich meebrengt dat mensen met blijvende kwetsbaarheid of beperkingen ook toegang vinden tot de sectoren van arbeid, werk, vrije tijd en wonen. De integrale zorg en ondersteuning is dus geen randfenomeen, maar een innovatie met verregaande gevolgen. Het houdt een ontschotting in binnen sectoren maar vooral ook tussen sectoren.

De WHO (2008) definieert Integrated Care als: *“the management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system.”* De Federale Overheid ontwikkelde in aansluiting op dit kader een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken van waaruit de pilootprojecten chronische zorg opgestart worden in de periode 2016-2021 (<http://www.integreo.be/nl>). Het is in deze brede definitie dat we dit rapport en de pilootprojecten die er in Vlaanderen zullen bij aansluiten, willen zien.

In de Visienota “Maatschappelijk verantwoorde zorg” omschrijft de SAR WGG de krachtlijnen voor maatschappelijk verantwoorde zorg. Deze visienota is opgesteld in de werkgroep „Markt, Commercialisering en Zorg” van de SAR WGG (verder ook: de raad) en is een onderdeel van het advies dat de raad geeft over marktwerking en commercialisering in de zorg. De SAR WGG schuift vijf krachtlijnen die kunnen helpen bij het uittekenen van een beleid dat gericht is op maatschappelijk verantwoorde zorg- en dienstverlening naar voor:

Overzicht Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

Kwaliteit	Performantie	Rechtvaardigheid	Relevantie	Toegankelijkheid
<ul style="list-style-type: none"> • Structurele kwaliteit • Proceskwaliteit • Outcome • Veiligheid • Kwaliteit ervaren door gebruiker • Continuïteit/integratie • Participatie • Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit • Deontologie/privacy • Innovatie • Duurzaamheid • Transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid • Doeltreffendheid • Preventie • Duurzaam ondernemen • Subsidiariteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Universaliteit • Proportioneel universalisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Keuzevrijheid: noden/behoeften/vragen • Opportuniteitskost/algemeen belang 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid • Tijdigheid • Bereikbaarheid • Betaalbaarheid • Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit • Toegang informatie • Keuzevrijheid: noden/behoeften/vragen

(SARWGG, 2011)

- **Kwaliteit:** Elke gebruiker heeft recht op kwaliteitsvolle zorg- en hulpverlening. Elke zorg- en hulpverlener heeft de plicht tot het verlenen van kwaliteitsvolle zorg. Om kwaliteit te meten moet men beschikken over indicatoren.
- **Performantie:** Performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn.
- **Rechtvaardigheid:** Sociale rechtvaardigheid moet horizontaal en verticaal zijn. ‘Een gelijke behandeling voor mensen met gelijke noden’ is de horizontale dimensie. De verticale dimensie stelt dat ‘ongelijke noden ongelijk behandeld moeten worden, in verhouding tot de nood’.
- **Relevantie:** Zorg is maatschappelijk verantwoord wanneer er voldaan wordt aan randvoorwaarden als ‘van belang’, ‘essentieel’ en ‘voorwaardelijk’. De zorg is immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn.
- **Toegankelijkheid:** De afwezigheid van formele, financiële, sociale en geografische belemmeringen maakt zorg toegankelijk. Een bepaalde graad van begrenzing en sturing is onvermijdelijk om negatieve uitwassen tegen te gaan.” (SAR WGG, 2011)

5 Vermaatschappelijking van de zorg en het inclusief potentieel van een wijk

Vermaatschappelijking van de zorg en inclusief burgerschap zijn in de nieuwe visie op zorg sterk met elkaar verbonden. Beide concepten lijken intuïtief wenselijk en beter, maar vragen grote veranderingen ten opzichte van de gangbare praktijken. Het concept roept ook vragen en bezorgdheden op bij zowel zorgvragers, mantelzorgers als professionele zorgverleners. Voor de burger is inclusief burgerschap meer dan fysiek aanwezig zijn in de buurt en in de samenleving. Het betekent ook verbonden zijn met de anderen en effectief deel uitmaken van de lokale gemeenschap. Van zorgvragers wordt participatie en sociale inclusie verwacht. Dit vraagt echter ook van hen inspanningen. Een benadering louter vanuit productiviteit, activering, of zelfstandigheid, kan vanuit het perspectief van de zorgvrager te veel gevraagd zijn. Ook de rol van informele zorgverstrekkers en vrijwilligers roept soms ongerustheid op: zal men niet overvraagd worden en wentelt men de verantwoordelijkheden niet af op de omgeving? Niet iedere omgeving – denken we maar aan het NIMBY (not in my backyard) fenomeen - stelt zich op als een ‘ontvangende samenleving’ terwijl een verdraagzame en gastvrije omgeving een voorwaarde is voor inclusief burgerschap, zeker van mensen in een kwetsbare situatie.

Vermaatschappelijking van zorg en inclusief burgerschap vergen bijgevolg ondersteuning. Die ondersteuning moet adequaat zijn, d.w.z. dat ze “juist” moet zijn en dan ook voldoende aanwezig zijn. Voor zorgprofessionals is dit een (bijkomende) uitdaging: zij moeten door en over het aanbod heen vraaggericht werken én de vragen ook zowel individueel als gemeenschapsgericht benaderen (Dewaele et al, 2015). In deze studie focussen we in het bijzonder op strategieën die het inclusief potentieel van een wijk versterken.

Toegankelijkheid is een belangrijk aspect van inclusie. Plaatsen waar mensen elkaar ontmoeten, waar het aangenaam vertoeven is, en waar iedereen toegang heeft zijn hiertoe van wezenlijk belang. Rolstoeltoegankelijkheid is in dit verband een gekend en belangrijk aspect. Maar er is meer. Het design van de wijk kan inclusie bevorderen of juist verhinderen. Inclusive design is een tak van de architectuur die zich specifiek richt op de participatie van een diverse groep van burgers aan het maatschappelijke leven in een wijk. De Commission for Architecture and the Built Environment (CABE) ontwikkelde een gids ‘Inclusion by design’ waarin de toegankelijkheid in een bredere betekenis wordt opgevat. Men gaat er van uit dat het design van de omgeving in sterke mate de kwaliteit van leven van mensen beïnvloedt.

Beleidsbeslissingen ten aanzien van de openbare ruimte kunnen bijgevolg bijdragen of hinderlijk zijn voor het gevoel van erbij horen, de beleving van veiligheid, de mobiliteit, de verbetering of verslechtering van de gezondheid. Mensen die met achterstelling te maken hebben, leven vaker in minder kwalitatieve omgevingen. De ongelijkheid trekt zich door naar de kwaliteit van het urban design. Inclusieve wijken zijn uitnodigend voor iedereen en dragen positief bij tot de kwaliteit van leven van wie er vertoeft. Tegelijk dienen ze ook verbinding te bewerkstelligen tussen diverse sociale groepen en bij te dragen tot een rechtvaardige verdeling van economische bronnen (CABE, 2008; Bolsenbroek & Van Houten, 2010)

De gids van CABE brengt interessante en diverse perspectieven samen die wellicht inspirerend kunnen zijn voor de doelstellingen van het nieuwe project van de Bouwmeester.

We bespreken hier beknopt de inhoud van deze gids van CABE. Daarmee kunnen we echter slechts een eerste idee geven. We onderstrepen het belang dat de lezer deze gids via deze link zelf doorneemt: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110118095356/http://www.cabe.org.uk/files/inclusion-by-design.pdf>

Het uitgangspunt van CABE is dat er een sterk verband is tussen het design en het management van de gebouwen, plaatsen en ruimtes enerzijds en de ontwikkeling van een meer gelijke en inclusieve samenleving. Ze vertrekken daarvoor vanuit onderstaande principes.

Principes van inclusie voor gebouwen, plaatsen en ruimtes:

- zijn verwelkomend en zijn er voor iedereen;
- zijn toegankelijk en gemakkelijk te gebruiken (waardig, zonder overdreven inspanning of angst);
- bevorderen onze mentale en fysieke gezondheid en welzijn;
- reflecteren over de diversiteit van de hedendaagse samenleving en bouwen verder op de geschiedenis van de lokale omgeving;
- moedigen wederzijdse en harmonieuze relaties tussen sociale groepen aan en verzekeren dat economische bronnen gelijkmatig en fair gedeeld worden.

Inclusief design is een proces van ontwerpen, bouwen, managen en bevolken (designing, building, managing and populating) van plaatsen en ruimten dat verzekert dat ze werken voor zoveel mogelijk mensen en niet voor enkele groepen. Het gaat om:

- woningen,
- publieke gebouwen zoals een gezondheidscentrum, onderwijsvoorzieningen en bibliotheken,
- en de publieke ruimte zoals de buurt, de straten, parken en groene ruimte en transport.

Inclusief design houdt rekening met mensen met specifieke beperkingen op het vlak van mobiliteit, vaardigheid en mensen met sensorische of communicatieve beperkingen, mensen met leerproblemen en mensen met specifieke noden op het vlak van continentie.

Inclusief design zorgt ook dat het mentale welzijn van mensen ondersteund wordt door een weloverwogen aangelegde en beheerde omgeving. Inclusieve omgevingen:

- komen tegemoet aan de noden van mensen;
- zijn flexibel in het gebruik;
- bieden keuze wanneer één design oplossing niet aan de noden van alle gebruikers kan tegemoet komen;

- zijn 'gemakkelijk' zodat ze gebruikt kunnen worden zonder overdreven inspanning of 'speciale afzondering';
- zijn uitnodigend voor een grote variatie van mensen en geven hen het gevoel erbij te horen;
- komen zonder ophef of uitzondering tegemoet aan mensen met bijzondere noden en behoeften.

De gids geeft een inkijk in vijf concrete voorbeelden, met foto, beschrijving en krachtlijnen op het vlak van inclusie. Ook ontwerpers en lokale overheden worden in de gids rechtstreeks aangesproken door voor elk vijf prioriteiten naar voor te schuiven.

Het is een van de grote sterktes van de benadering van CABA, dat ook het 'mensenwerk in diversiteit' dat inherent is aan inclusief design, in beeld komt. CABA bepleit een maximale diversiteit en participatie vanaf het begin van het project. Ook de diversiteit in de groep professionals wordt kritisch bekeken. Om echt werk van inclusie te kunnen maken, is het noodzakelijk dat er heel actief werk gemaakt wordt van de participatie van mensen die nu uitsluiting of discriminatie ervaren.

Het perspectief, de ervaringskennis van de buurtbewoner is een absolute onmisbare meerwaarde, het voegt een perspectief toe dat in de gids wordt geïllustreerd door te wijzen op het feit dat een jonge ouder de heraanleg van zijn buurt bekijkt met zijn dagelijkse route tussen huis, kribbe, school en werk in gedachten.

CABA geeft zo een inkijk in zowel de product- als de procesinnovatie die een inclusieve omgeving vereist. Het 'inclusief potentieel' van de gebouwde omgeving is de centrale insteek in de benadering, maar niet het eindpunt. CABA plaatst de projecten ook in een lange termijn perspectief. Inclusief mensenwerk leidt niet alleen tot sterke ontwerpen, maar is ook de enige weg waarlangs we gebouwen en omgevingen tot leven kunnen wekken, zorgzaam onderhouden en inclusief samenleven dag na dag in een aangename en warme omgeving kunnen laten groeien.

De benadering van CABA vertrekt bij het inclusief potentieel van de gebouwde omgeving. Inclusie wordt daarbij in zijn breedste (voor iedereen, met bijzondere aandacht voor mensen of groepen die nu uitsluiting ervaren) en diepste betekenis (wie ernstig aan inclusie wil werken, werkt om te beginnen zelf inclusief) naar voor geschoven.

Hoe de zorg en ondersteuning voor personen met een kwetsbaarheid in dit alles ook een plaats moet krijgen, komt in deze gids niet aan bod. De nieuwe visies en methodes die nodig zijn in een vermaatschappelijking van de zorg, kunnen dus door een goed doordacht design, planning en infrastructuur van de wijk bevorderd of juist verhinderd worden. Wanneer mensen met verschillende noden elkaar ontmoeten in een omgeving die positieve stimulansen biedt voor contact en communicatie, dan kunnen wederzijdse ondersteuning en betrokkenheid ontstaan. Dan kan er ook ruimte zijn voor projecten die toegankelijkheid en participatie bevorderen en die bijdragen tot een goede kwaliteit van leven van alle bewoners. Mede door immigratie en culturele diversiteit krijgt deze problematiek een extra dimensie. Het gaat niet alleen over mensen met een zorgbehoefte, maar over participatie van alle burgers, ook van achtergestelde groepen en nieuwkomers.

De financiële toegankelijkheid is een belangrijke voorwaarde voor inclusie van kwetsbare doelgroepen. De studie "Oud en eenzaam, een gids door de mythe" van VONK3 wijst erop dat de financiële situatie en gezondheid de twee belangrijkste factoren zijn die de kans op eenzaamheid vergroten. Daarnaast toont de gezondheidsenquête een duidelijk verband tussen subjectieve gezondheid en sociale positie. Hoe lager het inkomen hoe meer kans op een slecht ervaren gezondheid. Rijkere en armere buurten vertalen zich zo in gezondere en minder gezonde buurten. Inzetten op deze buurten kan zorgen voor

een reductie van de heersende ongelijkheid. Dit gaat niet enkel over het aanpakken van de fysieke omgeving maar ook het ondersteunen van de sociale netwerkopbouw die hiermee gepaard gaat. De Belgische gezondheidsenquête (2013) stelt namelijk ook dat 28% van de laagst opgeleiden aangeeft zwak sociaal ondersteund te worden, terwijl dit bij de hoogst opgeleiden om 12 % gaat.

Er dient daarom gewaakt te worden over de toegankelijkheid van kwalitatief wonen en zorg voor minder goedgevoelde groepen. Hiervoor is het van belang dat de sociale huisvesting en de welzijnssector meestappen in de transitie van wonen en zorg en dat alternatieve financieringsmodellen overwogen worden. Dit kan gaan van coöperatieven tot vormen van sociaal ondernemerschap.

Zo heeft de coöperatieve Collectief Goed in Antwerpen als doel goede, betaalbare woningen te verhuren aan kwetsbare gezinnen. Ze renoveren woningen op een creatieve, degelijke manier en verhuren ze nadien aan een lage prijs. De financiering gebeurt volgens een coöperatieve structuur met aandeelhouders (zowel grotere organisaties als sympathisanten) in combinatie met een lening bij de bank en bijkomende fondsen en subsidies. Daarnaast worden zo veel mogelijk partners aangetrokken (scholen, bedrijven, sociale economie) om de effectieve renovatiekosten te drukken.

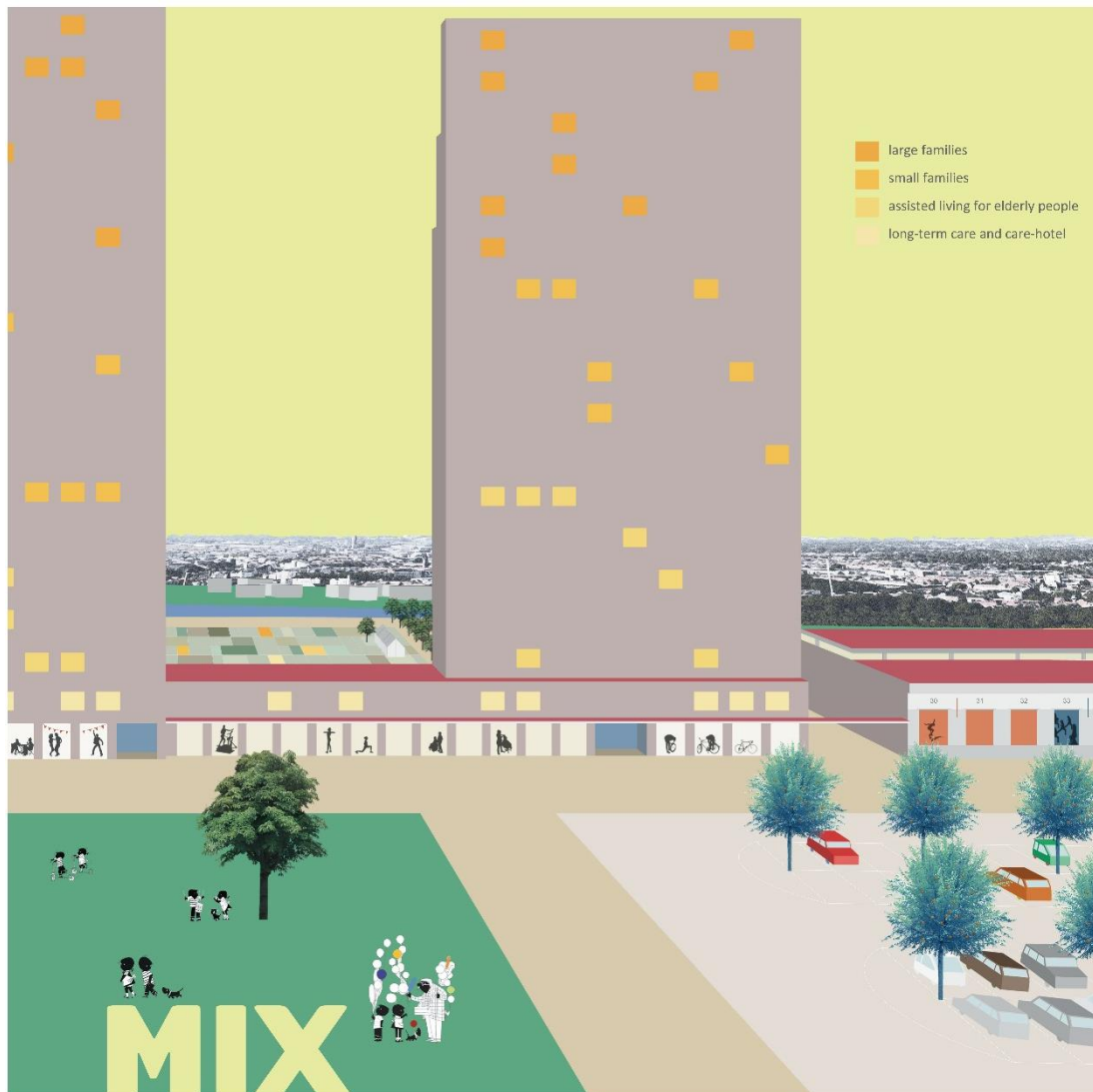
De relatie tussen zorgvisie en architectuur in Vlaanderen en de mogelijkheden op het vlak van collectief wonen werden reeds onderzocht aan de hand van een reeks toonaangevende pilootprojecten (Vlaamse Bouwmeester, 2014a en 2014b). De Pilootprojecten Onzichtbare Zorg ontwikkelden nieuwe concepten voor zorg, wonen en publieke ruimte. Ze zetten in op een duurzaam woonpatrimonium vanuit ecologisch, economische, maar vooral ook vanuit sociaal perspectief. De Pilootprojecten Collectief Wonen onderzochten mogelijke scenario's en methodieken voor toekomstgerichte, innovatieve woningproductie. De verdere beschrijving van deze projecten volgt in Hoofdstuk 6.

CASE STUDY: Overvecht Utrecht (2)

Het hart van Overvecht is een winkelcentrum. Rondom het winkelcentrum liggen meerdere leegstaande gebouwen en de publieke ruimte rondom is hoofdzakelijk gericht op de auto. Een groot herontwikkelingsplan met nieuwbouw, een ondergrondse parking en nieuwe publieke ruimte lag op tafel maar bleek economisch niet haalbaar. Binnen het kader van het IABR-atelier Utrecht werd een plan geschetst voor een alternatieve ontwikkeling. Een belangrijk onderdeel van dit voorstel vormden twee torens naast de Reuzenhal (zie part 1). De torens zijn met elkaar verbonden door een gemeenschappelijke sokkel met ruimte voor ontmoeting en zorg zoals een dokterspraktijk, een fysiotherapeut of een kapper. Er zijn feestzaaltjes voor als er een verjaardag is, tuinkamers, een fietsenwerkplaats. Deze zijn niet uitsluitend voor bewoners maar staan open voor de hele buurt.

Mensen die veel zorg nodig hebben wonen op de eerste verdieping. Daarboven komen gezinnen en mensen die minder hulp nodig hebben. Het voorstel zet enerzijds resoluut in op het terugbrengen van het zorgwonen naar de stad en anderzijds op een doorgedreven mix van leeftijden en zorgbehoeftes. Het voorstel gaat ervan uit dat niet iedereen (dezelfde) zorg nodig heeft, maar dat niemand zonder anderen kan. Het tracht een alternatief te formuleren t.o.v. het individualistische patroon van afzonderlijke ééngezinswoningen.

Figuur 6:



MIX AND SHARE



BUILDING BIG MEANS HAVING SPACE TO SHARE

The assisted living of the future no longer retreats from the city. Not everyone needs (the same) care, but no man is an island, either. Downstairs, therefore, are spaces for encounter and care. Not exclusively for residents, but open to the entire neighborhood. To be able to have a ground floor with community facilities, it is necessary to build a lot of apartments. Because building big means building affordably and having enough space to share.

beleid | ABR-atelier: Utrecht, de gezonde stad. Ontwerpend onderzoek Overvecht.

De Smet Vermeulen architecten, Architecture Workroom Brussels, MUST stedenbouw

Samengevat

De vermaatschappelijking van de zorg dient samen te gaan met een goed doordachte planning, ontwerp en infrastructuur van de wijken. Het inclusief potentieel van een wijk wordt immers versterkt wanneer mensen met verschillende noden elkaar kunnen ontmoeten in een omgeving die positieve stimulansen biedt voor contact en communicatie waaruit wederzijdse ondersteuning en betrokkenheid kan groeien. Omgekeerd zal de sociale cohesie in een wijk ertoe bijdragen dat er ruimte is voor projecten die contact, communicatie, inclusie en participatie bevorderen en die bijdragen tot een goede kwaliteit van leven van alle bewoners. In het licht van immigratie en culturele diversiteit krijgt deze problematiek een extra dimensie. Het gaat immers niet alleen over mensen met een zorgbehoefte, maar over participatie van alle burgers, ook degenen die zonder extra ondersteuning en stimulansen in de marge zouden blijven.

Hoofdstuk 2

De buurt en buurtgerichte zorg

In dit hoofdstuk beschrijven de rol van de buurt in de nieuwe vormen van zorg. Bij het Kenniscentrum Woonzorg Brussel vinden we bruikbare omschrijvingen van buurtgerichte zorg. Wat is precies buurtgerichte zorg? Welke factoren dragen bij tot het slagen van een project?

We willen er nog even op wijzen dat de begrippen buurt en wijk in deze tekst beide worden gebruikt en als synoniemen worden beschouwd.

1 De rol van buurten in de zorg

Buurten zijn het speelveld van sociale innovaties geworden. Waar het beleid zich in het verleden vooral op achtergestelde buurten richtte, zien we nu ook aandacht voor de buurt en het leven in de buurt in het algemeen. Er is meer aandacht voor de bijzondere noden van bewoners in elke levensfase en van bewoners met een kwetsbaarheid of beperking die extra ondersteuning nodig hebben bij hun dagelijkse bezigheden, maar ook bij hun participatie aan het sociale en culturele leven. Het gaat om een heroriëntatie van het denken over buurten en samenlevingen, over de manier waarop we zorg en voorzieningen moeten organiseren en over hoe maatschappelijke problemen samen met burgers aangepakt kunnen worden.

In Nederland is de laatste jaren een sterke heroriëntering van zorg naar de buurt en het gemeentelijk niveau gebeurd. Buurtzorg kadert er in de buurtbenadering. Het is een beweging waarbij bottom-up de ontwikkeling van buurten ondersteund wordt. Dit wordt verbonden met een top-down kanteling, ontkokering en decentralisatie van het zorgbeleid en de zorgverlening. Met de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Jeugdwet en de Participatiewet zijn alle welzijnstaken alsook thuiszorg en jeugd- en gezinszorg doorgeschoven naar het gemeentelijke niveau. Buurtzorg veronderstelt dat de georganiseerde zorg decentraal uitgetekend en gerealiseerd kan worden op maat van en in verbinding met de buurt. Buurten zijn de laboratoria waar de nieuwe, decentrale verzorgingsstaat tot ontwikkeling moet worden gebracht. En tegelijk zijn ze een territorium waar de gezamenlijke inzet van professionals en de betrokkenheid van burgers effectiever kan worden georganiseerd (van der Lans, 2014).

“Vrijwel elke gemeente herordent momenteel de professionele manschappen van het welzijnswerk, de maatschappelijke dienstverlening, de zorg, de jeugdzorg en de arbeidsbemiddeling in sociale wijkteams, die integraal, generalistisch en dichtbij burgers moeten gaan opereren. Er wordt gesproken over wijkbudgetten. Er worden huizen van de wijk geopend. Er zijn wijkmonitoren. En niet te vergeten natuurlijk: wijkbewoners, die het heft in eigen hand nemen en steeds vaker wijkvoorzieningen in zelfbeheer nemen.” (van der Lans, 2014)

Dit veronderstelt ook een omslag in de benadering en aanpak gericht op de ontwikkeling van buurten. De buurtaanpak heeft zich in Nederland in de loop der jaren minder op woningen en meer op de bewoners gericht; minder op het gemeenschappelijke en de van bovenaf gestimuleerde ‘gemeenschaps-vorming’ en meer op het overbruggen van verschillen en het ‘mengen van bevolkingsgroepen’; minder op emancipatie van iedereen en meer op het oplossen van achterstanden van bepaalde groepen (van der Lans, 2014).

Ook in Groot-Brittannië is een Localism Act sinds 2011 van kracht. Doel om een radicale verschuiving van macht en financiële autonomie naar de lokale overheid en 'community groups' teweeg te brengen en om het planningsysteem te hervormen om buurten meer de kans te geven om de plaats waar hun bewoners leven, zelf vorm te geven. Via een website (<http://mycommunityrights.org.uk/>) worden buurten en de bewoners van die buurten ondersteund om zelf initiatieven te nemen.

2 Buurt- of wijkgerichte zorg

Voor de definiëring van buurt- of wijkgerichte zorg baseren we ons op het werk van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel. Via buurtgerichte zorg biedt Brussel een antwoord op de toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing. Het zorgt daartoe voor een volwaardig uitgebouwd Vlaams erkend woonzorgaanbod in Brussel, zodat elke oudere of zorgbehoevende - en zeker de Nederlandskundige - de dienst- en zorgverlening kan ontvangen die het best bij hem past. Hiertoe ontwikkelt de organisatie onder het motto 'stabiliseer het wonen, mobiliseer de zorg' woonzorgconcepten waarbij het levenslang thuiswonen wordt gestimuleerd en (semi-) residentiële zorg wordt geboden indien nodig.

Het Kenniscentrum Woonzorg stelt de in Brussel opgebouwde knowhow ter beschikking van de Vlaamse overheid en Vlaamse initiatiefnemers door adviesverlening, onderzoeksopdrachten, introductie van goede praktijken, zorginnovatie en laboratoriumfunctie. Buurtgericht werken en thuiszorg is één van de strategische doelen van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel voor de komende jaren. Op hun website (www.kenniscentrumwoonzorg.be) zien we volgende definities:

Buurtgerichte Zorg is een toekomstmodel voor de organisatie van het ondersteunings-, hulp- en zorgaanbod in Vlaanderen. Dit organisatiemodel vertrekt vanuit een lokale krachtenbundeling om zo de hulp en zorg voor iedereen bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar te houden. Dit model biedt kansen om de kwaliteit van leven te verhogen en de kosten van de hulp- en zorgverlening te doen dalen. Het beoogt een samenhangende én buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn.

Een 'actief zorgzame buurt' is een buurt waar:

- mensen zich thuis voelen, waar ontmoetingsplekken zijn, waar ze sociale contacten hebben,
- hulp en zorg beschikbaar is voor iedereen die het nodig heeft: ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen, kwetsbare groepen,
- bewoners elkaar helpen, en daar ook in gestimuleerd en ondersteund worden,
- er voor elke bewoner een aanspreekpunt is voor informatie of hulp,
- alle mensen die informele of formele hulp en zorg nodig hebben, die ook kunnen krijgen,
- huisvesting en publieke ruimte zijn aangepast aan ouderen en zorgbehoevenden, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen,
- professionele hulp- en zorgverstrekkers hun aanbod afstemmen op elkaar, op de noden in de buurt, en op de individuele noden van elke buurtbewoner.

Buurtgerichte Zorg is een organisatiemodel dat zowel focust op preventie als interventie, en dat op lokaal niveau voor een goede samenwerking zorgt tussen:

- buren, vrijwilligers en mantelzorgers,
- basisdiensten zoals thuiszorg, huishoudhulp, poetsen, klussendiensten, warme maaltijden, handel en diensten, ...

- medische verzorging zoals thuisverpleging, huisartsen, apothekers, kinesisten, ...
- buurtoverschrijdende diensten zoals ziekenhuizen, verhuisdiensten, psychiatrische instellingen, palliatieve zorg, ...
- belendende sectoren zoals sport, cultuur, ruimtelijke ordening, lokaal sociaal beleid, ...

In een zorgzame buurt zijn de voorwaarden vervuld opdat ouderen en zorgbehoevenden comfortabel in hun huis of vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Het is een buurt waar jong en oud samen leven, waar bewoners elkaar kennen en helpen, waar zorgbehoevende personen en mantelzorgers ondersteuning krijgen en waar zorggarantie en zorgcontinuïteit geboden wordt.

Elke buurt in Vlaanderen is anders - omvang, sfeer, bewoners, rijk of arm, aantal voorzieningen, enzovoort. Het wordt de taak van de lokale buurtzorgregisseur om de samenwerking tussen alle partners te bevorderen. Dit houdt initiatieven in op vlak van detectie, toeleiding, aanbodontwikkeling, afstemming en samenwerking tussen alle actoren op het terrein, communicatie en informatie, ondersteuning van de informele zorgverstrekkers, ICT-ondersteuning, enz...

3 Onder welke voorwaarden kan buurtgerichte zorg? De uitdagingen voor beleidsmakers

In Vlaanderen spelen de lokale overheden een belangrijke rol in buurtgerichte zorg, onder meer via de gebiedsgerichte aanpak van de Vlaamse steden en gemeenten. Het gebiedsgericht werken evolueert van een aanpak die hoofdzakelijk gericht was op kansarme buurten, naar een stadsbrede aanpak. Het kenniscentrum van de Vlaamse steden en gemeenten onderscheidt in de praktijk vijf vormen van gebiedsgericht werken die in diverse varianten en combinaties in de steden en gemeenten worden uitgebouwd (De Rynck & Vanloo, 2008; Vanloo, De Rynck & Temmerman, 2008).

1. Gedeconcentreerde dienstverlening: diensten op locatie, band tussen dienst en wijk
2. Buurtwerk: sociale cohesie, ontmoeting, betrokkenheid, vooral in kansarme buurten
3. Wijkmanagement: breed en sectoraal, werken aan leefbaarheid in en met de wijk
4. Wijkplanning, wijkprogramma's en communicatie
5. Stimuleren en ondersteunen van burgerinitiatief

Deze vijf vormen van gebiedsgericht werken tonen naast de rol van de dienstverlening en de burgers, ook de cruciale rol van de lokale overheid. Het gebiedsgericht werken kent hoge ambities zoals kansarmoede bestrijden, sociale cohesie versterken, leefbaarheid verhogen, communicatie verbeteren, participatie verhogen, de regie door de stad verbeteren, meer geïntegreerd werken en betere planning van beleid.

Een buurtgerichte werking stelt de klassieke, bureaucratisch verkokerde organisatie en bevoegdheden in vraag en is dan ook enkel mogelijk onder een aantal voorwaarden (De Rynck & Vanloo, 2008).

1. Er is netwerking tussen professionals. Organisaties moeten interageren. Dit is niet altijd vanzelfsprekend: organisaties moeten dit ook toelaten. De wijk of buurt mag geen strijdtoneel voor diensten worden. Daarom wordt aangeraden om een intern mandaat voor regie op wijkniveau te geven.
2. Er is een politiek en ambtelijk draagvlak. De overheid kan verschillende rollen innemen, afhankelijk ook van de soort buurt (zie (3)). Die rol kan top-down zijn, maar ook ondersteunend bij bottom-up initiatieven of in een gelijkwaardig partnerschap.
3. Buurtwerk is maatwerk. De verschillen tussen wijken en de ontwikkeling van die wijken moeten mee in rekening worden gebracht. In sommige wijken is er een groter verenigingsleven, is er al burgerinitiatief, enz. Ongelijke wijken vragen een ongelijke aanpak.
4. Men is zich ervan bewust dat er grenzen zijn aan buurtwerk. Overtrokken verwachtingen creëren onvrede en kunnen de burgergerichte werking ondergraven. Het is dus noodzakelijk om realistisch te zijn over wat men wel en niet kan doen aan dagelijkse leefbaarheidsproblemen en ontwikkeling van burgergerichte zorg. Sommige problemen zijn (minstens deels) structureel en moeten op een hoger beleidsniveau worden aangepakt.

Participatie biedt burgers de mogelijkheid om meer betrokken te zijn, stimuleert de eigen betrokkenheid van burgers en laat de uitbreiding toe van netwerken die het beleid voeden, bepalen en uitvoeren. Voor het geheel van de aanpak geeft van der Lans zes methodische uitgangspunten die voortkwamen uit de Nederlandse ervaringen met wijkenaanpak en innovatieve projecten in de voorbije decennia (van der Lans, 2014). Deze zes uitgangspunten zijn:

1. **Integraal werken vraagt om een afgebakend gebied (tussen de 10.000 en de 25.000 bewoners).** Een concrete buurt, een aanwijsbaar operationeel gebied, maakt het mogelijk dat professionals niet langer vertrekken vanuit de logica van de eigen organisatie, maar vanuit de leefwereld van de mensen waar het om gaat. Voor het concrete aantal bewoners dat van der Lans hier vermeldt, is weinig onderbouwing te vinden. De afbakening van het gebied gebeurt misschien beter op een combinatie van factoren, waarvan het aantal bewoners er slechts één is. We denken hierbij (niet exhaustief) aan werkingsgebieden van zorgorganisaties, gebieden waarin al concrete burgerinitiatieven aanwezig zijn, beleidsgebieden (één of meerdere gemeenten of delen ervan).
2. **Een preventieve aanpak vraagt om de organisatie van nabijheid (het bijeenbrengen van professionals van verschillende organisaties in een team).** Verschillende professionals van verschillende organisaties werken samen in team en bieden zo dicht bij de mensen effectieve hulpverlening, met als motto: een probleem, een aanpak, een professional. Dit kan maar als het bestaande systeem van beleid, organisatie, financiering en uitvoering volgt en dus integreert en kantelt zodat de mens, de buurt met zijn krachten, noden en wensen centraal komt te staan.
3. **De buurtaanpak maakt van burgers niet louter dragers van problemen, maar ook eigenaars van oplossingen (burgers krijgen daadwerkelijk zeggenschap in wat er in hun buurt gebeurt en nemen zelf verantwoordelijkheid op).** Dit impliceert een verschuiving van het eigenaarschap van de publieke zaak: van voorzieningen met professionals voor de burger naar de mensen die het meest betrokken zijn. De overheid creëert voorwaarden en zorgt dat burgers zich die verantwoordelijkheden ook kunnen toe-eigenen.
4. **Het gaat in de eerste plaats om mensenwerk en niet om instituties: de triomf van best persons (succesvolle projecten worden door best persons of 'sociale gouddelvers' gedragen).** De inzet van mensen is cruciaal, dit is ook een van de redenen waarom best practices niet zomaar

gekopieerd kunnen worden. ‘Best persons’ zijn echte trekkers, ze maken anderen enthousiast en laten zich niet snel tegenhouden door bureaucratische of andere obstakels. Het zijn doorzetters, ze weten de weg, leggen creatieve verbanden en werken vooral oplossingsgericht. Ze beschikken over een ruim en divers netwerk en kunnen verschillende contexten met elkaar verbinden.

5. **De buurtaanpak kan niet zonder groot draagvlak (succes vergt vitale coalities, zowel bij individuen, zorgorganisaties als de lokale overheden)** en heeft voor velen ook een zekere uitnodigende aantrekkingskracht om zijn steentje bij te dragen, zich te verbinden.
6. **De buurtaanpak verdient zichzelf terug en draait om meerdere financieringsbronnen (niet alleen de overheid investeert).** Een effectieve wijkaanpak is de beste investering in preventie. Het voorkomt dat problemen zich later in een ernstiger vorm manifesteren en dan een veel grotere rekening vragen. Ook op het vlak van financiering is er een omslag nodig waarbij de diverse financieringsstromen in wijkbudgetten worden geïntegreerd.

Uit deze omschrijving van de buurtaanpak kunnen we afleiden dat een buurtgerichte werking verplicht om verder te kijken dan de grens van het eigen perceel of gebouw. Mobiliteit, toegankelijkheid, nabijheid, publieke en semi-publieke ruimte zijn aspecten die een grote impact hebben op het functioneren van de zorggebruiker binnen het netwerk van de buurt. Zo maakt een buurtgerichte werking het mogelijk om diensten niet langer per sector maar voor de buurt in zijn geheel te organiseren. We denken aan vervoer voor minder mobiele personen, een sociaal restaurant, enz. Dit is vaak efficiënter, de dienst bereikt een grotere gebruikersgroep, en zorgt bovendien voor ontmoeting tussen verschillende buurtbewoners, met én zonder zorgvraag.

Vooraf voor bestaande grootschalige zorgvoorzieningen- en complexen vormt deze ‘verbreding’ een uitdaging. Deze trokken zich lange tijd terug uit de publieke ruimte en vormen vandaag vaak nog steeds aparte enclaves. Bereikbaarheid met het openbaar vervoer is gering en ze vormen ruimtelijk geen onderdeel van een lokale gemeenschap of buurt. Een geborgen zorgomgeving heeft echter een relatie met de stad/het dorp niet in de weg te staan.

Met het project The Almshouse in London, gingen de architecten Witherford Watson Mann op zoek naar een manier om als oudere onafhankelijk en toch collectief te leven in de stad. Ze doen dit door het historische model van de asielen te transformeren tot een nieuw woonzorgmodel dat zowel geborgen is als in direct contact staat met het stedelijke leven. Ze kozen ervoor om op de begane grond aan de straatzijde een stadscafé, een koksschool, een atelier en een vergaderzaal in te richten. Deze functies vormen het contactvlak tussen de bewoners van het woonzorgcentrum en de buurt.

4 Dé buurt bestaat niet

Gebiedswerk vraagt om maatwerk. Wijken hebben immers een verschillend profiel, maar ontwikkelen ook volgens de eigen mogelijkheden en logica, en op een eigen tempo. De mate waarin burgers zelf initiatief nemen en de aanwezigheid of afwezigheid van een rijk verenigingsleven spelen op dit vlak onder meer een rol. Zoals eerder gesteld, vragen ongelijke wijken ook om een ongelijke aanpak. Een gelijke aanpak zou de ongelijkheid alleen maar versterken (De Rynck & Vanloo, 2008).

Ook in Nederland stellen Duyvendak & Hortolanus (1999) dat 'de' buurtaanpak niet bestaat. Er is eerder sprake van vele buurtaanpakken, afhankelijk van de lokale bevolkingssamenstelling, economische en sociale situatie en zorgorganisatie. Stronks stelt:

“Het uitgangspunt van de wijkenaanpak was dat lokaal werd bekeken welke problemen de meeste aandacht behoeften, en welke oplossingen het meest geschikt waren. We zagen dan ook een enorme diversiteit in aanpak. Misschien moeten we wel concluderen dat een dergelijke aanpak-op maat gevolgd moet worden, in plaats van een blauwdruk te geven voor een specifieke interventie.” (Stronk in Ham & Winsemius, 2014).

Men kan zich vervolgens afvragen in welke buurt best eerst van start wordt gegaan. Het is aangewezen om hierbij zowel het profiel van de buurt als de ontwikkelingsmogelijkheden van de buurt mee in rekening te nemen. Wat het profiel van de buurt betreft, stelt Stronks dat vooral in buurten waar veel is geïntervenieerd op verschillende vlakken: wonen, werken, mobiliteit, leren, opgroeien, integreren en veiligheid, vergroening enz. een aantoonbaar effect te vinden is op de gezondheid van de inwoners. Wat de ontwikkelingsmogelijkheden van de buurt betreft, verwijzen De Rynck & Vanloo (2008) naar de aanwezigheid van burgerinitiatief en verenigingsleven.

5 Samenvattend: sterktes en valkuilen

In de literatuur vinden we volgende sterktes of voordelen van wijkgerichte werking of gebiedswerking terug:

1. Waar de gebiedswerking kans tot groeien krijgt, ziet men in de praktijk effecten op (De Rynck & Vanloo, 2008):
 - a. aanpak van kleine leefbaarheidsproblemen
 - b. afstemming van diensten en partners
 - c. verbetering van hulpverlening
 - d. verbreding van betrokkenheid
 - e. activeren en ondersteunen van burgerinitiatief
2. Een wijkaanpak maakt bewoners gezonder. In Nederland werden een betere ervaren gezondheid, een toegenomen mentale gezondheid, een meer mensen die bewegen door te wandelen vastgesteld (Stronk in Ham & Winsemius, 2014).
3. De wijkaanpak werkt preventief (van der Lans, 2014).
4. Een wijkgerichte aanpak heeft vooral een positief effect in wijken waar op meerdere thema's tegelijk interventies plaatsvonden (wonen, werken, leren/opgroeien, integreren en veiligheid) en waar dit op relatief grote schaal gebeurde. Concreet gaat het dan om de verbetering van woningen en van de leefomgeving, meer veiligheid, werkgelegenheid, onderwijs en integratie (Stronk in Ham & Winsemius, 2014).
5. Een wijkgerichte aanpak biedt meer kansen tot maatwerk. Men kan lokaal bekijken welke problemen de meeste aandacht vragen en welke oplossingen daarvoor het meest geschikt zijn (Stronk in Ham & Winsemius, 2014).
6. Er is gelijkwaardigheid tussen zorgverleners, zorgvragers en hun naasten (Movisie, 2015)

Uiteraard zijn er ook (potentiële) valkuilen waar rekening mee moet worden gehouden.

1. Het gebiedswerk heeft grenzen, onder meer wanneer structurele factoren in het spel zijn. Maar ook bij grote stadsprojecten en grote leefbaarheidsproblemen in kansarme buurten is wijkwerking moeilijker (De Rynck & Vanloo, 2008).
2. Te hoge verwachtingen en idealisering: het gebiedswerk vraagt een realistische benadering met een duidelijk doel en scope. Een beperkte en geloofwaardige start is aan te raden (De Rynck & Vanloo, 2008).
3. Gebiedswerk kan leiden tot nieuwe administratieve routines, terwijl net flexibiliteit nodig is (De Rynck & Vanloo, 2008).
4. Dé wijkaanpak bestaat niet, de wijkbewoner bestaat niet (Duyvendak & Hortolanus, 1999)
5. De wijkaanpak kan niet alles veranderen. Bestaan van problemen in een wijk gaat niet per definitie samen met de aanwezigheid van een kritische massa in die wijk om iets aan die problemen te doen (Duyvendak & Hortolanus, 1999)
6. De wijkaanpak werkt traag en vergt volharding. Volhouden is de boodschap (van der Lans, 2014).
7. Een beleid denkt soms nog voor de burger en denkt te weten wat 'het beste' is. Dat werkt niet (Duyvendak & Hortolanus, 1999).
8. Verkokering wordt soms verdergezet in plaats van doorbroken (Duyvendak & Hortolanus, 1999).
9. Soms wordt het zelforganiserend vermogen van burgers overschat (Uitermark, 2014).
10. Onduidelijkheid over de nieuwe rol van de overheid is een gevaar. De overheid moet niet zozeer inspireren, verbinden en ondersteunen, maar wel optreden als dienstverlener door te zorgen voor infrastructuur in de vorm van gebouwen en voor ondersteunende professionals (Uitermark, 2014).
11. Het eigenaarschap van zorgcoöperaties blijft soms bij de zorgaanbieders in plaats van bij de zorgvragers. Er wordt best gestreefd naar minstens gedeeld eigenaarschap (Movisie, 2015).
12. Te zeer werken met het oog op besparingen is evenzeer een gevaar (Uitermark, 2014)

6 “Waar men gaat langs Vlaamse wegen...”

De specifieke Vlaamse context houdt bijzondere uitdagingen in voor het begrip duurzame, zorgzame buurt. Veel mensen in Vlaanderen wonen immers langs hoofd- of verbindingswegen of in meer afgelegen, monofunctionele woonverkavelingen (“Fermettegem”). Basisvoorzieningen zoals onderwijs, recreatie en zorg zijn er enkel met de auto bereikbaar.

Kan op dergelijke plaatsen een duurzame, zorgzame leefomgeving gecreëerd worden? Of zijn nabijheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van veilige en gezonde publieke en private ruimten en van basisvoorzieningen zoals supermarkten, schoolopvang etc. een conditio sine qua non voor de duurzame, zorgzame buurt? Het Witboek Beleidsplan Ruimte Vlaanderen geeft de richting aan:

“De Vlaamse Regering keurde op 30 november 2016 het [Witboek Beleidsplan Ruimte Vlaanderen](#) goed. Dit is een belangrijke nieuwe formele stap op weg naar het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen, dat het Ruimtelijk Structuurplan Vlaanderen zal vervangen. De Vlaamse Regering formuleert in het Witboek doelstellingen, ruimtelijke

ontwikkelingsprincipes en werven die de basis zullen vormen om samen aan de slag te gaan en de ruimte van Vlaanderen te transformeren.

Het uiteindelijke Beleidsplan Ruimte Vlaanderen zal bestaan uit een strategische visie en een operationaliseringsprogramma in de vorm van een set beleidskaders. Het zal de strategische krachtlijnen schetsten voor de ruimtelijke ontwikkeling voor de komende decennia en de basis vormen voor operationele maatregelen zoals het opmaken en bijsturen van regelgeving, instrumentarium, beleidskaders of ontwikkelingsprogramma's.

Inhoudelijke krachtlijnen

De Vlaamse Regering wil een ambitieus veranderingstraject op gang trekken om het bestaand ruimtebeslag beter en intensiever te gebruiken en zo de druk op de open ruimte te verminderen. Het doel is het gemiddeld bijkomend ruimtebeslag terug te dringen van 6 hectare per dag vandaag naar 3 hectare per dag in 2025. De inname van nieuwe ruimte moet tegen 2040 volledig gestopt zijn.

De ontwikkeling van nieuwe woningen, werkplekken en voorzieningen zal dus meer en meer moeten gebeuren op goed gelegen locaties in onze steden en dorpen. In de meeste gevallen kan dat met beperkte ingrepen zoals het opsplitsen van grote woningen of kavels. Op een beperkt aantal plaatsen kan dat betekenen dat er voor hoogbouw gekozen wordt om een sterke verdichting te realiseren. “(<https://www.ruimtevlaanderen.be/BRV>)

Hoofdstuk 3

Burgers in de buurt

De buurtaanpak maakt van burgers terug eigenaars van oplossingen. Ze nemen zelf initiatief en verantwoordelijkheid en krijgen daadwerkelijk zeggenschap over wat er in hun buurt gebeurt. De perceptie (of de wens) dat actief burgerschap ‘vanzelf’ ontstaat of groeit werd in het voorgaande hoofdstuk genuanceerd. Zelforganisatie gaat niet altijd vanzelf, het moet eerder in goede omstandigheden en aan een natuurlijke snelheid kunnen groeien. In dit hoofdstuk bekijken we het actief burgerschap en participatie. We gaan hier op zoek naar nieuwe, innovatieve initiatieven zoals co-creatie en coproductie, maar ook naar oudere initiatieven die reeds lang aan de weg van de burgerparticipatie bouwen.

We bespreken achtereenvolgens wat actief burgerschap en participatie is en hoe burgers via co-creatie en coproductie mee duurzame zorgzame buurten vorm kunnen geven.

1 Actief burgerschap en participatie

Actief burgerschap staat voor burgers die zelf het heft in eigen handen nemen, een goede definiëring opmaken van de problemen – specifiek in een breder kader - en samen zoeken naar (grote of kleine) oplossingen of mogelijkheden voor hun buurt. Participatie omschrijven we als de actieve deelname van buurtbewoners aan het leven en de organisatie van de buurt.

Zowel in Nederland als in Vlaanderen wordt er reeds lang aan de weg van de burgerparticipatie getimmerd. Vaak werd hier vooral op maatschappelijk kwetsbare burgers gefocust. In Nederland gebeurt dit door het Landelijk Samenwerkingsverband Aandachtswijken (LSA), in Vlaanderen door Samenlevingsopbouw Vlaanderen. Samenlevingsopbouw Vlaanderen is een vzw, bestaande uit negen instituten, erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid (decreet Maatschappelijk opbouwwerk, 26 juni 1991), die actief zijn op het vlak van wonen, welzijn, onderwijs, stad en dorp. Beide initiatieven beschikken over een website met ruime informatie, maar we zien wel een verschil in aanpak. Terwijl de website van Samenlevingsopbouw Vlaanderen vooral informeert over de lopende projecten en initiatieven op de verschillende domeinen, spreekt de website van LSA de bewoners rechtstreeks aan, ook individueel. Wordt de bewoner hier eerder als consument en/of sociale ondernemer aangesproken dan als buur en buurtbewoner?

Actief burgerschap is onlosmakelijk verbonden met vrijwillige inzet van de buurtbewoners. Dit vrijwilligerswerk kan door deelname aan diverse, vernieuwende initiatieven een buurt terug mee tot leven wekken. Voor de vrijwilligers is het daarnaast ook een bron van sociale contacten, zinvolle activiteit en zingeving. Het komt bij vrijwilligerswerk wel op meer dan goede bedoelingen aan. Zorgzame vrijwilligerscoördinatie verbindt dat wat gedaan kan worden voor de buurt als geheel, voor buurtbewoners in hun dagdagelijkse leven met de persoonlijke motivaties en sterktes van de deelnemende vrijwilligers, zodat buurtbewoners met veel plezier en voldoening samen ‘vrijwilligen’, elkaar ontmoeten en gemeenschap vormen. Op deze wijze is actief burgerschap en participatie een natuurlijke weg om eenzaamheid en sociaal isolement te voorkomen en te beperken. In aansluiting op de brede definitie van gezondheid die we in hoofdstuk 1 beschreven, raken vooral oudere mensen in sociaal isolement erdoor betrokken, participeren zij aan zinvolle activiteiten en nemen ze een betekenisvolle rol op in hun omgeving. Het spreekt vanzelf dat ook de inrichting van de ruimtelijke

omgeving een stimulerende of hinderende invloed kan hebben op het tot stand komen van positieve processen van actief burgerschap (cf.infra).

Bruggenstein, een vernieuwend project van Mariënstede in Dadizele toont hoe de vrijwillige inzet van familie, vrienden en mensen uit de buurt zorg en ondernemerschap terug naar de samenleving brengt. Een netwerk van familieleden, vrienden en mensen uit de buurt ondersteunt mensen met een beperking bij het zelfstandig wonen. Dit betekent ook dat deze mensen werkelijk deel uitmaken van de buurt en actief deelnemen aan het leven en aan verenigingen of activiteiten in de buurt. Zo wil Bruggenstein duurzame ondersteuning in de buurt creëren (<http://www.perspectief2020.be/projecten/bruggenstein>).

Participatie kan dus meerdere invullingen krijgen. In de literatuur worden grofweg vier methoden van participatie onderscheiden: informeren, consulteren, adviseren en samen beslissen (Leys e.a., 2007). Informeren wordt altijd vermeld, maar is niet meer dan een noodzakelijke basisvoorwaarde. Bij consultatie is er geen garantie dat er iets met de vergaarde informatie zal gebeuren. Mensen worden dus bevestigd en hebben het gevoel dat ze betrokken worden, maar ze hebben geen garantie dat rekening wordt gehouden met hun mening. Advisering betekent dat de burger wel betrokken wordt in het beleidsproces. De stem van de deelnemers wordt dus verankerd in het beleidsvormingsproces. De meest vergaande vorm van participatie is dat de burgers ook een (mede-)beslissingsbevoegdheid krijgen. Deze vier participatiemethoden kunnen zowel op het micro-, meso- als macroniveau worden toegepast. Daarnaast is er ook een krachtig pleidooi voor participatie aan educatie en onderzoek (Hermans & Vranken, 2009; Tambuyzer & Van Audenhove 2010).

Ook participatie is slechts onder voorwaarden mogelijk (De Rynck & Vanloo, 2008).

1. De omgang met het burgerinitiatief moet centraal staan. Hierbij is, zoals eerder gesteld, differentiatie tussen wijken nodig. Hierbij is het belangrijk om zicht te krijgen op en gebruik te maken van de rol van sleutelfiguren of 'every day makers'. Die sleutelfiguren kunnen zowel uit de buurt als uit de ambtenarij komen.
2. De wijkwerking kan tot democratische vernieuwing leiden. Het is belangrijk om verder te gaan dan de klassieke inspraakdemocratie en om te durven experimenteren, dingen te (laten) doen en na te denken over de rol van de gemeenteraad en de ambtenaren. Hiervoor moet de nodige erkenning, ruimte en ondersteuning worden voorzien.
3. Het ondersteuningsbeleid moet kritisch worden bekeken: wiens ratio en wiens ritme primeren? Hierbij is het vitaal om coalities te sluiten met buurtbewoners. Niet alles kan in regels en projectoproepen worden gegoten. Er moet ook ruimte zijn voor spontaneïteit. Hiervoor is het belangrijk dat beleidsmakers niet in de plaats van de burgers treden en niet alleen steun geven voor initiatieven gericht op sociale cohesie, maar ook voor initiatieven die door beleidsmakers eerder als 'lastig' worden ervaren.
4. De buurten hebben ook nood aan budgetten. De Nederlandse ervaring leert dat wijkbudgetten essentieel zijn voor kwaliteitsvolle zorg. Er moet dus werk worden gemaakt van een proces om tot wijkbudgetten, bijvoorbeeld via een participatieve begroting.

In onderstaande tabel worden de perspectieven die onderliggend zijn aan een klassiek of een alternatief perspectief op buurt- of gebiedsgericht werken samengevat.

Tabel 1: De onderliggende perspectieven voor klassiek of alternatief gebiedsgericht werken (De Rynck & Vanloo, 2008)

	Klassiek perspectief	Alternatief perspectief
Sturingsvisie	Centraal	Decentraal
Beleidskenmerken	Sectoraal	Integraal
Perspectief	Vanuit overheid	Vanuit burger
Oplossingsdenken	Overheid	In partnerschap
	Problemen centraal	Potenties centraal
Participatieperspectief	Inpraak door overheid	Participatie vanuit burgerperspectief

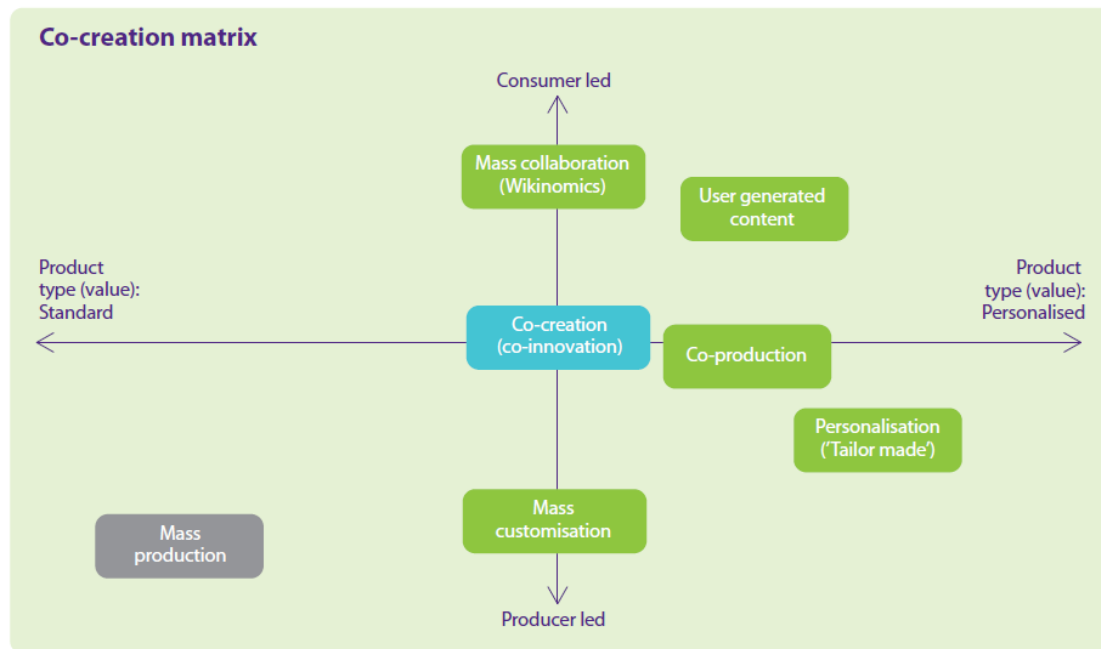
2 Co-creatie en coproductie

In het kader van de buurtbenadering wordt vaak het principe van co-creatie en coproductie naar voor geschoven. Beide begrippen zijn nauw verwant, worden vaak samen gebruikt en kennen meerdere definities. De term co-creatie belicht vooral de betrokkenheid van diverse stakeholders, terwijl de term co-productie eerder verwijst naar de samenwerking tussen burgers en overheden. Verschuere en Steen (2015) stellen dat co-creatie heel breed kan worden gedefinieerd als een vorm van samenwerking waaraan mensen deelnamen vanuit verschillende achtergronden, met diverse talenten en in diverse rollen (bv. als ideeëninbrengers, als eindgebruikers of andere belanghebbenden), met het oog op het zoeken naar oplossingen voor complexe uitdagingen. Co-productie kunnen we definiëren als: “The mix of activities that both public service agents and citizens contribute to the provision of public services. The former are involved as professionals, or ‘regular producers’, while ‘citizen production’ is based on voluntary efforts by individuals and groups to enhance the quality and/or quantity of the services they use.” (Parks, 1981). Co-creatie gaat over het betrekken van ‘klanten’ of burgers bij het ontwerpen van een product of dienst. Door hun betrokkenheid kennen de burgers een hogere waarde toe aan de dienst of het product (LSE, 2009). Co-creatie is dus wat er gebeurt wanneer individuen, groepen of organisaties, die betrokken zijn brbij een als complex ervaren uitdaging, samen oplossingen creëren die tegemoet komen aan een algemeen belang. Er wordt gebruik gemaakt van de ervaringen en de collectieve intelligentie van burgers.

Coproductie is de samenwerking tussen burgers en overheden en slaat op de betrokkenheid van burgers in de productie van hun eigen welzijnsdiensten. Er zijn strikte en brede definities van coproductie. De strikte definities beperken het concept tot de fase van ‘service-delivery’ (Alford, 2009), bijvoorbeeld zorg voor buurtbewoner of hulp bij het huiswerk van de buurtkinderen. Bredere definities includeren ook de fases van ‘service planning’, monitoren en evalueren (Bovaird & Löffler, 2012). Co-productie wordt dan een inherent deel van het proces van publieke dienstverlening (Van Eijk & Steen, 2013). Hoe coproductie wordt georganiseerd, varieert eveneens sterk.

Co-creatie en coproductie zijn sterk gerelateerd. Onderstaande figuur geeft dat duidelijk weer. Coproductie gaat nog iets verder in het personaliseren van het product, omdat er niet enkel samen wordt nagedacht over innovaties (co-creatie), maar ook samen wordt gebouwd aan die innovaties.

Figuur 7: De co-creatie matrix (LSE, 2009)



Steen & Verschuere (2015) onderscheiden drie cruciale elementen om van echte co-productie te kunnen spreken:

- het gaat om het produceren of ontwikkelen van publieke goederen of diensten die maatschappelijk waardevol zijn,
- waarbij zowel de burgers als coproducten als de overheid als 'professionals' samenwerken,
- met als doel om de kwaliteit en de kwantiteit van deze publieke goederen of diensten te verbeteren of te verhogen."

De ABCD methode, ontwikkeld door Kretzmann en Mc Knight (1993) en beschreven in het boek van Bolsenbroek en Van Houten (2010) steunt op een dergelijke vergaande vorm van participatie. Traditionele vormen van wijkontwikkeling vertrekken van een probleemgerichte aanpak. Financiering van initiatieven gaat naar wijken die kunnen aantonen dat er problemen en tekortkomingen zijn. Hiermee gaat men voorbij aan het feit dat problemen een signaal zijn van een afbrokkelend probleemoplossend vermogen van de wijk. De ABCD methode of assets based community development is erop gericht om wijkbewoners te stimuleren om zelf aan de slag te gaan om van hun wijk een mooie plek te maken, door wijkontwikkeling, samenlevingsopbouw en sociale en economische activering. Het beleid in deze methode is gericht op de capaciteiten van de bewoners. Een groep van onderzoekers start samen met wijkbewoners met de wensen van alle bewoners in kaart te brengen door middel van interviews en vragenlijsten. Men inventariseert ook het potentieel van de wijk, de zogenaamde assets. Door wensen en capaciteiten en middelen met elkaar in verbinding te brengen, komt men tot samenwerkingsverbanden tussen de bewoners en finaal tot een strategisch plan om de situatie te laten evolueren in de richting van de gewenste situatie. De bewoners zelf kunnen al dan niet gesteund door een professional en/of een beperkt budget zelf het project realiseren. In Nederland werden met deze methode in de context van het project 'Kan wél!' reeds zeshonderd projecten opgestart.

Een ander voorbeeld uit Nederland betreft de BewonersBedrijven. Dit zijn bedrijven die in handen zijn van bewoners, met als doel hun wijk te verbeteren. Zoals de naam laat vermoeden, worden ze naar het model van een profit onderneming uitgebouwd en gerund. Zij zetten in op inclusie en op het algemeen belang. Op verschillende plekken in Nederland zetten bewoners een onderneming op om hun wijk economisch, fysiek en sociaal te verbeteren. De winst die BewonersBedrijven maken, vloeit direct terug in de wijk. Het Landelijk Samenwerkingsverband Actieve bewoners (LSA) begeleidt bewoners hierbij, bijvoorbeeld door mee te denken over het ondernemingsplan en vragen te beantwoorden. Ook verzamelt het LSA zoveel mogelijk kennis en ervaringen vanuit BewonersBedrijven. Deze kennis verspreidt het LSA via een website (www.bewonersbedrijven.nl) en tijdens bijeenkomsten.

Naast de bewonersbedrijven, zijn er in Nederland ook zorgcoöperaties actief. Zorgcoöperaties zijn burgerinitiatieven waar bewoners lid van kunnen worden en waarbij de zorgvragers en zorgverleners gelijkwaardig zijn. Co-creatie van zorgvrager en zorgverlener. Deze zorgcoöperaties verbinden buurtbewoners met een zorgvraag met buurtbewoners die zorg (betaald of vrijwillig) aanbieden. De zorgcoöperatie verbindt dus op de eerste plaats individuele burgers op basis van vraag en aanbod. Wie gebruik wil maken van de diensten van de zorgcoöperatie betaalt vooraf lidgeld (een voorbeeld uit Delft: [https://delft.wijzelf.nl/het werkt zo/over werken voor](https://delft.wijzelf.nl/het_werkt_zo/over_werken_voor_)).

In Vlaanderen illustreren de coöperatieve dorpsrestaurants, een initiatief van Cera, wat co-creatie en coproductie in de praktijk kan betekenen.

“In opdracht van ESF Vlaanderen ontwikkelt Cera een blauwdruk voor coöperatieve dorpsrestaurants. Dorpsrestaurants zijn een veelbelovende hefboom voor armoedebestrijding op het platteland. Dat wisten we al vanuit het Cera-onderzoek naar plattelandsarmoede. Nu slaan Cera en Coopburo de handen in elkaar om voor deze dorpsrestaurants een coöperatieve blauwdruk uit te werken. Dorpsrestaurants zijn gericht op mensen die dreigen sociaal geïsoleerd te geraken op basis van hun financiële situatie, leeftijd, fysieke of mentale problemen. Het belang van laagdrempelige ontmoetingsplaatsen zoals dorpsrestaurants blijkt onder meer uit hun potentieel om sociale contacten en netwerken te versterken. Een dorpsrestaurant biedt niet alleen goedkope en gezonde maaltijden aan. Het heeft ook een ontmoetingsfunctie. Dorpsrestaurants zorgen ervoor dat mensen (terug) contact leggen met mensen uit hun eigen dorp. Ook verlagen ze de drempel naar bestaande hulp- en dienstverlening. Tegelijkertijd krijgen inspraak, overleg en vorming een centrale plaats. Dorpsrestaurants kunnen bijvoorbeeld een springplank zijn voor nieuwe voorzieningen zoals ‘computerinitiatie’. Vrijwilligers spelen een sleutelrol, bijvoorbeeld door het organiseren van een vervoersdienst. Door mobiliteitsproblemen en vervoersarmoede op het platteland, is het immers noodzakelijk om rekening te houden met mobiliteitsaspecten bij ieder project. Naast vrijwilligerswerk vinden we in dorpsrestaurants de mogelijkheid tot het creëren van (sociale) tewerkstelling.”

https://www.cera.be/nl/maatschappelijkeprojecten/arm/gr002960_co%c3%b6peratieve-dorpsrestaurants

CASE MERWEDE_UTRECHT

Gezonde verdichting in Merwede: op zoek naar vitale coalities

De Merwedekanaalzone is een binnenstedelijk gebied in Utrecht, vlakbij de binnenstad en het centraal station, dat gekenmerkt wordt door zijn industrieel verleden. Door de ligging vormt de zone een interessant gebied voor investeerders op zoek naar een goed renderende belegging in vastgoed en gebiedsontwikkeling. In de afgelopen jaren, toen de vastgoedontwikkeling stakte door toedoen van de economische crisis, werd de Merwedekanaalzone ook ontdekt door verschillende creatieve ondernemers en buurtorganisaties. Zo is er onder meer de Vechtclub XL, gevestigd in een voormalig distributiecentrum langs het Merwedekanaal. Het is een inspirerende ontmoetingsplek met werkruimte voor creatieve ondernemers, een restaurant, een moestuin, een podium, vergaderplekken en een expositieruimte. De Vechtclub XL is op eigen initiatief ontstaan, met minimale financiële ondersteuning, via crowdfunding, een bedrijfslening, fondsen en steun van de gemeente. Op het eerste gezicht hebben deze twee groepen een tegengesteld belang, op hetzelfde terrein.

In deze context ontstond MeerMerwede. Deze (burger)organisatie definieert zichzelf als gebiedsontwikkelaar zonder bezit maar met verbindend vermogen. Ze treden op als mediator, brengen partijen met verschillende agenda's bij elkaar en streven steeds naar een groter maatschappelijk dividend.

MeerMerwede organiseerde bijeenkomsten en gesprekken met iedereen die de toekomst van de Merwede Kanaalzone aanbelangt; bewoners, eigenaars, ondernemers, beheerders, de gemeente Utrecht, enz. Op basis hiervan brachten ze de wensen en kansen in kaart en gingen ze op zoek naar vernieuwende en vitale coalities tussen de verschillende stakeholders.

Hoofdstuk 4

De professionele zorgorganisaties: zorgnetwerken in de buurt

In duurzame, zorgzame buurten moeten zorgorganisaties, hulp- en zorgverleners met elkaar samenwerken in netwerken. In dit hoofdstuk gaan we in op de omschrijvingen van en de voorwaarden voor dergelijke zorgnetwerken.

1 Netwerkvorming en integrale zorg

Vlaanderen biedt zeer veel vormen van hulp- en dienstverleners aan de burgers, maar de dienstverlening is wel vaak versnipperd. De burger moet (veel) verschillende diensten aanspreken om al zijn vragen beantwoord te zien en de diensten communiceren niet of te weinig onderling. Vanuit het perspectief van de zorgvrager in zijn buurt, is het historisch gegroeid aanbod op het vlak van welzijns- en gezondheidszorg versnipperd en moeilijk te overzien. Alleen al in de sector van de thuiszorg onderscheiden we de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor gastopvang, diensten voor thuisverpleging, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, verenigingen van gebruikers en mantelzorgers en projecten in de thuiszorg (Agentschap Zorg en Gezondheid). Daarnaast zijn ook hulpverleners uit andere sectoren, zoals de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg, de palliatieve zorg, de gehandicaptenzorg, de bijzondere jeugdzorg, ... Omwille van deze versnippering wordt gestreefd naar meer netwerkvorming en samenwerking en naar integrale zorgmodellen.

Enkele cruciale kenmerken van netwerken zijn (1) het vermogen om over de bestaande grenzen van traditionele organisaties, sectoren, beleidsniveaus, beroepsgroepen, specialismen, informele en formele zorgverleners stakeholders samen te brengen rond een bepaalde opdracht, probleem of situatie en (2) het dynamisch karakter van deze netwerken. Netwerken liggen niet vast. Ze zijn voortdurend in beweging, verbreden of versmallen, starten of stoppen naargelang de vraag of de nood die zich voordoet en hebben zelf geen structurele grenzen. In het huidige taalgebruik spreekt men over buurtzorgnetwerken als men verwijst naar netwerken van informele zorgverleners (buren, familie, mantelzorgers, vrijwilligers) in de buurt. Woonzorgnetwerken verwijzen naar een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie. Hierin schuilt een valkuil voor de praktijk. Door dit taalgebruik ontstaat het risico om netwerken vast te leggen, te begrenzen en te (onder)scheiden, terwijl de meerwaarde van een netwerk schuilt in zijn openheid en verbindende kracht. Idealiter zou ook het denken en het spreken over netwerken de bestaande sectoren en structuren radicaal moeten openbreken en de focus verleggen naar de doelstelling waarrond het netwerk gevormd wordt.

Ook voor zorgnetwerken en integrale zorgmodellen bestaan heel wat definities. Begrippen als “geïntegreerde”, “gecoördineerde”, “omvattende” en “integrale” zorg worden nogal gemakkelijk en ten onrechte door elkaar gehanteerd. We baseren ons in deze context op het werk van Van den Heuvel (2014), die met haar definitie vooral focust op het resultaat voor de zorgvrager: zorg op maat en doorheen de levensloop, waarrond netwerken gevormd worden. Geïntegreerde of gecoördineerde zorg impliceert dat zorgorganisaties op alle niveaus van het zorgsysteem (eerste, tweede en derde lijn) met elkaar verbonden zijn, met als doel de coördinatie van de zorg te verbeteren (Van den Heuvel, 2014).

Dit impliceert echter nog niet per definitie dat ook de gebruikers en de mantelzorgers worden betrokken. Breder gedefinieerd is integrale zorg:

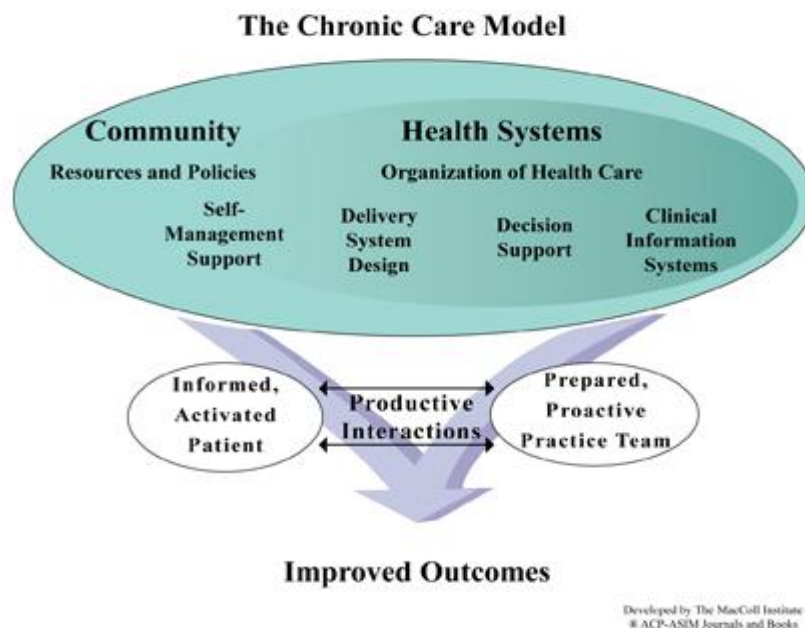
“Het management en het verlenen van gezondheids- en welzijnszorg, die ertoe bijdraagt dat mensen een continuïteit van gezondheidspromotie, ziektepreventie, diagnosestelling, behandeling, ziektemanagement, rehabilitatie en palliatieve zorg ontvangen en dit over verschillende zorgniveaus, in overeenstemming met hun bio-psychologische en sociale noden en dat doorheen de hele levensloop.” (Van den Heuvel, 2014)

Hierbij komen zowel horizontale als verticale integratieprincipes aan bod. De horizontale integratie is gericht op samenwerking en/of fusies tussen zorgvoorzieningen op hetzelfde niveau, bijvoorbeeld tussen woonzorgcentra of tussen thuiszorgorganisaties. De verticale integratie gaat over samenwerking tussen zorgaanbieders op verschillende niveaus, bijvoorbeeld thuiszorg en ziekenhuizen (Van den Heuvel, 2014). In het kader van de duurzame zorgzame buurten zullen de mogelijkheden tot verticale integratie afhangen van het aanbod in de buurt (bijvoorbeeld of er al dan niet een ziekenhuis is).

In België wordt, onder meer door het RIZIV, vaak verwezen naar het Chronic Care Model van Wagner. Dit model is een hulpmiddel voor de langdurige zorg, waarbij de samenwerking tussen de persoon (patiënt) en de zorgverleners (als team) centraal staat. Het model bestaat uit zes elementen die invloed hebben op het resultaat van de zorg (Van den Heuvel, 2014; ICIC, 2015):

1. Ondersteuning van zelfmanagement: interventies die gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt en de vaardigheden van die persoon om met zijn ziekte of problemen om te gaan.
2. Beslissingsondersteuning: interventies die helpen om evidence-based zorg toe te passen. Specialisten worden betrokken bij de eerstelijnszorg en patiënten worden geïnformeerd over en actief betrokken bij de richtlijnen en de zorg.
3. Ontwerp van het zorgproces: de effectieve organisatie van het zorgproces in een keten. Multidisciplinaire teams ontmoeten elkaar regelmatig.
4. Klinische informatiesystemen: ICT-oplossingen voor het tot stand komen van behandelplannen, het zelfmanagement en de follow-up.
5. Afstemming op de maatschappij: effectieve interventies gaan verder dan de zorg zelf. Patiënten worden ook in contact gebracht met mogelijkheden buiten het gezondheidszorgsysteem, zoals welzijnsactiviteiten.
6. Gezondheidszorgsysteem: de rol van leiderschap en het continu verbeteren van de zorg.

Figuur 8: Het Chronic Care Model van Wagner



Het CCM biedt een interessant kader, maar is sterk op de gezondheidszorg gefocust, zelfs al is er in component 5 een link met welzijnszorg. In de duurzame zorgzame buurten zou dit minstens moeten worden aangevuld met andere vormen van dienstverleners en met de rol van de mantelzorgers en de vrijwilligers. Hiervoor kan eventueel inspiratie worden gezocht in de definitie van interorganisationale netwerken in de welzijnszorg van van Rheenen (2003). In die interorganisationale netwerken worden relaties onderhouden met een bepaald doel voor ogen. Zo kunnen interorganisationale netwerken in het kader van de welzijnszorg omschreven worden als:

“Alle actoren die een bijdrage kunnen leveren aan een maatschappelijk probleem of opgave vormen een netwerk als ze op de hoogte zijn van elkaars bestaan, elkaars meerwaarde kennen, als er onderlinge contacten zijn, als kennis wordt gedeeld en/of als er een gemeenschappelijke ontmoetingsplek is”. (Ketenalliantie, 2007)

In deze definitie wordt gewezen op de verschillende aspecten van netwerken: (1) de sociale component in termen van relationele contacten, (2) de functionele component in termen van samenwerking om betere kwaliteit af te leveren en om maatschappelijke problemen aan te pakken, (3) de kenniscomponent in termen van het leren van elkaar (Hermans & Vranken 2009).

2 Samenwerkingsmodellen in Vlaanderen

2.1 Samenwerking op het niveau van de zorgvoorzieningen

Het Vlaamse Woonzorgdecreet (2009) omschrijft de opdrachten en de activiteiten van een woonzorgnetwerk in de zorg voor ouderen. Dit deel van het woonzorgdecreet is echter nog niet in werking. Een woonzorgnetwerk wordt als volgt omschreven:

Art. 44.

Dit artikel is nog niet in werking. Hieronder vindt u de "toekomstige versie".

Een woonzorgnetwerk is een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband waarin de in de buurt actieve erkende voorzieningen uitgenodigd worden tot participatie en waarin naast een huisarts of huisartsenkring, minstens de volgende voorzieningen effectief participeren:

- 1° een erkend woonzorgcentrum;
- 2° een erkend centrum voor kortverblijf;
- 3° een erkende groep van assistentiewoningen;
- 4° een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of een andere erkende thuiszorgvoorziening die zorg aan huis levert.

Een woonzorgnetwerk heeft als opdracht om de ouderenzorg te optimaliseren door middel van samenwerking en afstemming tussen de leden van het woonzorgnetwerk.

Art. 45.

Dit artikel is nog niet in werking. Hieronder vindt u de "toekomstige versie".

De Vlaamse Regering bepaalt welke taken een erkend woonzorgnetwerk moet verrichten om zijn opdracht uit te voeren. In elk geval moet een woonzorgnetwerk ten minste:

- 1° afspraken maken tussen ten minste de verschillende leden van het woonzorgnetwerk met het oog op doelmatigheid, doeltreffendheid en continuïteit van de ouderenzorg;
- 2° een gezamenlijk aanbod van ouderenzorg organiseren;
- 3° de toegang tot de ouderenzorg faciliteren met behulp van één aanmelding;
- 4° acute zorgvragen beantwoorden;
- 5° ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk in onderling overleg en in voorkomend geval gezamenlijk personeel en expertise inzetten;
- 6° ervoor zorgen dat de leden van het woonzorgnetwerk onder elkaar de informatie uitwisselen die noodzakelijk is voor het verlenen van ouderenzorg aan elke gebruiker in het werkgebied van het woonzorgnetwerk.

Ook in de zorg voor personen met een handicap is er een Ministerieel Besluit houdende de voorwaarden van de geformaliseerde samenwerkingsverbanden van multidisciplinaire teams die erkend en gesubsidieerd worden door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Art. 2. Het samenwerkingsverband moet voldoen aan de volgende voorwaarden inzake samenstelling:

- 1° het samenwerkingsverband is samengesteld uit multidisciplinaire teams die georganiseerd worden door minimaal twee verschillende centra of diensten zoals vermeld in het artikel 23 van het besluit van 24 juli 1991;

2° het samenwerkingsverband moet in staat zijn alle verslagen als vermeld in artikel 28quater, §1, tweede lid, van het besluit van 24 juli 1991 af te leveren, met uitzondering van het zorgzwaarte-instrument, vermeld in punt 5°;

3° het samenwerkingsverband moet zowel verslagen in verband met vragen tot ondersteuning van minderjarigen als van meerderjarigen kunnen opmaken;

4° de multidisciplinaire teams die deel uitmaken van het samenwerkingsverband zijn gevestigd in dezelfde provincie. Voor de toepassing van dit besluit wordt het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest bij de provincie Vlaams-Brabant gevoegd;

5° elk multidisciplinair team kan slechts deel uitmaken van één samenwerkingsverband;

6° elk multidisciplinair team van het samenwerkingsverband voldoet aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 24 van het besluit van 24 juli 1991;

Art. 3. Het samenwerkingsverband moet voldoen aan de volgende voorwaarden inzake organisatie:

1° het samenwerkingsverband heeft een uitgeschreven missie, visie en doelstellingen;

2° het samenwerkingsverband maakt met het oog op een kwalitatieve dienstverlening en rekening houdend met de minimale kwaliteitseisen inzake het indienen van verslagen, vermeld in artikel 2, 8°, van het ministerieel besluit van 12 november 2010 houdende vaststelling van de minimale kwaliteitseisen voor de multidisciplinaire teams die erkend zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, afspraken over de verwijzing van personen met een vraag tot ondersteuning binnen het samenwerkingsverband, over de samenwerking bij de opmaak van verslagen en over de uitwisseling van verslagen. Het samenwerkingsverband regelt in dit verband een gemeenschappelijk inzagerecht met behoud van de toepassing van de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. De uitwisseling van verslagen binnen het samenwerkingsverband en het gemeenschappelijk inzagerecht worden in overleg met het agentschap georganiseerd.

3° het samenwerkingsverband organiseert op regelmatige basis mono- en multidisciplinaire intervisie met als doel het samenbrengen van expertise en kennisdeling en afstemming;

4° het samenwerkingsverband voert een vormingsbeleid dat leidt tot een grotere deskundigheid en een betere samenwerking tussen de verschillende teams;

5° het samenwerkingsverband voorziet in een zelfevaluatiesysteem dat toeziet op interne organisatieprocessen van de multidisciplinaire teams. Door middel van systematische zelfevaluatie worden sterktes en zwaktes naar boven gebracht en verbeteracties opgezet die vervolgens planmatig worden uitgevoerd en opgevolgd;

6° het samenwerkingsverband duidt een persoon aan die optreedt als aanspreekpunt voor het agentschap;

7° de samenwerkingsovereenkomst wordt aangegaan voor minimaal 36 maanden.”

Voor de jeugdzorg is er sprake van het decreet Integrale Jeugdhulp (12 juli 2013) waarin wordt gestipuleerd hoe voorzieningen in de jeugdhulp samen moeten werken. Daarnaast is er ook het Locoregionaal gezondheidsoverleg en organisatie (LOGO) waarin samenwerkingsverbanden tussen

verschillende organisaties in geografisch afgebakende netwerken het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid moeten uitvoeren.

De lijst is niet exhaustief en toont aan hoe er voor verschillende sectoren verschillende regelgeving rond netwerkvorming is ontstaan. Dit zal een uitdaging zijn voor de duurzame zorgzame buurten, waarin al deze netwerken in feite moeten samenwerken als één netwerk.

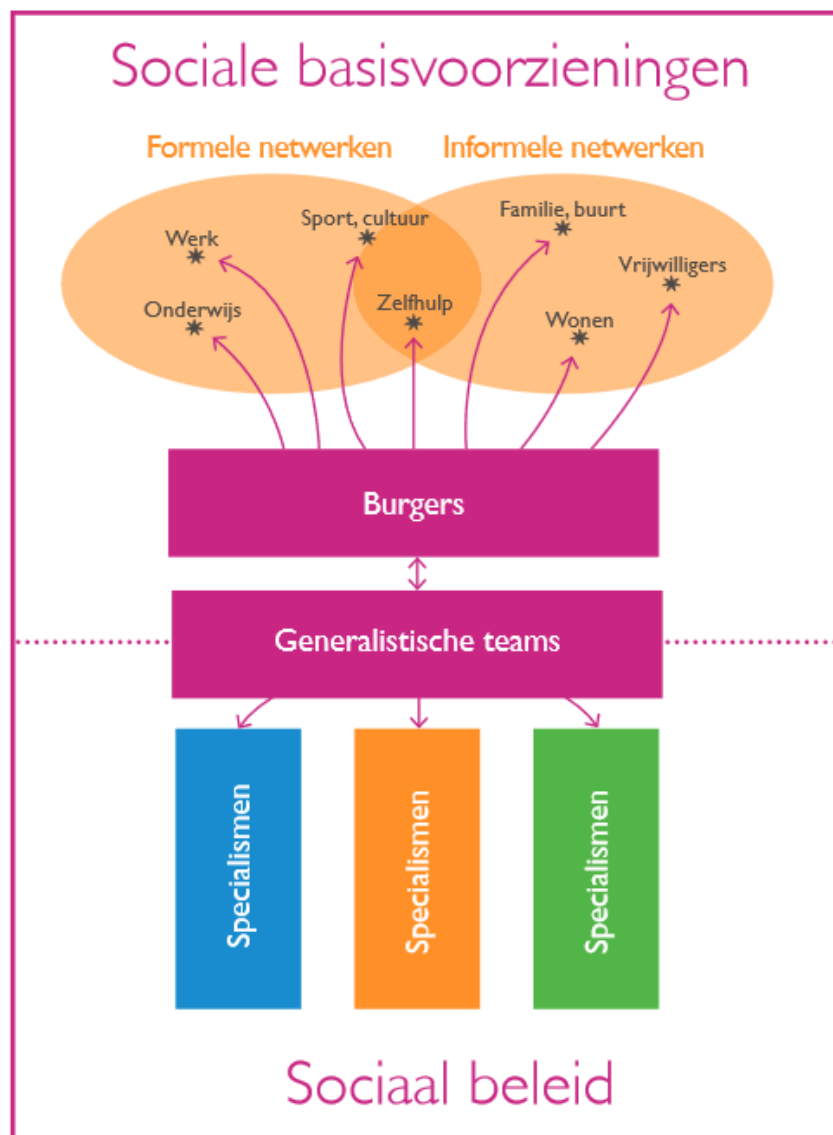
2.2 Netwerken rond de zorgvrager

2.2.1 *Sociale wijkteams*

Naast de netwerken op het niveau van de zorgorganisaties, ontstaan er ook netwerken van professionele en informele zorgverleners rond de zorgvrager. Zowel in Nederland als in Vlaanderen geven sociale wijkteams handen en voeten aan deze evolutie. De conceptnota 'wijkteams' van CAW Antwerpen illustreert het actuele denkwerk rond wijkteams in de Vlaamse context.

“Een wijkteam is een innovatief organisatiemodel dat CAW Antwerpen in zorgregio Antwerpen wil realiseren. Het is sociaal werk op de eerste lijn, dat territoriaal wordt georganiseerd. Zoals het woord het zegt: met focus op de wijk. Wijkteams spelen in op maatschappelijke evoluties en tendensen. Vooreerst op vermaatschappelijking van de zorg, waar we de beweging krijgen om kwetsbare burgers terug hun plek in de samenleving te laten innemen. Ondersteuning wordt dicht bij hen, in hun eigen buurt georganiseerd en steeds minder via geïsoleerde opvang in gespecialiseerde instellingen. Daarnaast is er de ontwikkeling van community building als basis van community care. Informele én professionele zorg gaan hand in hand door te investeren in sociale relaties en in participatie van burgers aan de samenleving. Sociale netwerken worden cruciaal om de coalitie tussen formele en informele zorg te versterken.”
(Wijkteams, conceptnota CAW Antwerpen, 2014)

Figuur 9: De positie van het wijkteam van het CAW Antwerpen (Wijkteams, conceptnota CAW Antwerpen, 2014)



In de conceptnota van CAW Antwerpen wordt verwezen naar de sociale wijkteams van WIJeindhoven (<http://wijeindhoven.nl/>). De visie van WIJeindhoven werd samen met de burgers opgesteld en op de website worden de burgers ook rechtstreeks aangesproken in hun waardigheid en kracht:

“Controle over je eigen leven

Heb je (tijdelijk) ondersteuning nodig? Dan helpt WIJeindhoven je op weg. Natuurlijk wil je altijd graag de controle over je eigen leven blijven houden. Daarom kijk je met een medewerker van het WIJteam in je wijk eerst wat je zelf zou kunnen doen. Misschien zie je dan wel meer. Bijvoorbeeld of er in je omgeving iemand is die je kan helpen. Familie, vrienden of een vrijwilliger uit de buurt. Anders zoeken we gewoon verder, zo nodig naar professionele hulp. En we bespreken ook met je of je zelf iets voor een ander zou kunnen betekenen. Want eerst kom jij, maar WIJeindhoven is er voor ons allemaal.”

Het aanbod van WIJeindhoven omvat vijf domeinen: werk en inkomen, zorg en opvoeding, vervoer (mobiliteit), huishouden en klussen en wonen en ontmoeten.

In het kader van de gehandicaptenzorg neemt Perspectief 2020 met het Dienst Ondersteuningsplan (DOP) de ondersteuningsvragen van personen met een handicap of een vermoeden van handicap als centraal uitgangspunt. Er wordt nauw samengewerkt met de zorgvrager en alle personen die dicht bij hem staan, met reguliere diensten voor de ondersteuning van personen met een handicap en met het VAPH voor gespecialiseerde gehandicaptenzorg (<http://www.perspectief2020.be/nieuws/dienst-ondersteuningsplan-wordt-volwassen>).

Het profiel van de netwerk coördinator

Om over alle sectoren heen aan de slag te gaan en te vermijden dat de wijk of buurt een strijdtoneel voor diensten en sectoren wordt, is het aangeraden om een intern mandaat voor regie op wijkniveau te geven. Er is m.a.w. nood aan een **coördinator**. Deze kent de buurt goed en is op de hoogte van de aanwezige organisaties en voorzieningen. De coördinator gaat op zoek naar synergie, complementariteit en opportuniteiten en versterkt de zorgregie. Dit vereist een apart profiel dat niet samenvalt met het profiel van de coördinator van een dienst noch met dat van de zorgcoördinator van een individuele patiënt.

De netwerk coördinator moet zowel op methodisch vlak over leiderschapscapaciteiten als managementsvaardigheden beschikken, alsook inhoudelijk voldoende voeling hebben met de sector en het werken in wijkgerichte zorg.

CASUS:

Methodische competenties van de netwerkcoördinator in de GGZ netwerken

Leiderschap ("transformational")

Management ("transactional")

Inspirerend

Operationeel

Zorgt voor verandering en ontwikkeling

Zorgt voor orde, consistentie en voorspelbaarheid

Visie en richting gevend

Planning en budgetten

Vorm geven aan doelen

Doelen uitvoeren

Creatief en inductief

Praktisch en deductief

Vol ideeën en wensen voor toekomst

Bezorgd om noden van organisatiestructuur

Personeel en directie op 1 lijn zetten via communicatie

Organiseren en personeelsbezetting via systemen

Motiverend, enthousiasmerend

Gericht op controle en oplossen van problemen

Zeker risico nemen om kansen te benutten

Gericht op risicomanagement en voorkomen van operationeel falen

Haalt net iets meer uit inspanningen bij personeel

Verkrijgt werk naar loon bij personeel

Inhoud

Procedure

Sterke emotionele intelligentie

Sterke analytische vaardigheden

De wisselwerking tussen beide taken wordt door Anthony en Huckshorn (2008) treffend geformuleerd als *"centralize by mission and decentralize by operations"*.

Een literatuuronderzoek (gebaseerd op Beinecke, 1999 overgenomen uit DeSmet et al, 2010) resulteert in een inventaris van volgende kerncompetenties waarover de netwerkcoördinator moet beschikken:

- **Leiderschap in context:**
 - *Kennis kunnen synthetiseren*
 - *Beschikt over transdisciplinaire kennis*
 - *Bezit inter-organisationale en intersectorale kennis*
 - *Is een systeemdenker*
 - *Heeft goed begrip van strategische interdependenties en systemen*
 - *Sterke netwerking vaardigheden*
 - *Flexibiliteit om stijl te kunnen aanpassen aan de context*
 - *Is vakbekwaam*
- **Persoonlijk leiderschap:**
 - *Beschikt over goede interpersoonlijke vaardigheden (begrip van noden van personeel)*
 - *Is charismatisch*
 - *Als collega, vriend, menselijk overkomen bij iedereen in organisatie*
 - *Kan verschillende beïnvloedingsstrategieën toepassen*
 - *Kan motiveren*
 - *Kan actief luisteren, empathie, geduld*
 - *Beschikt over besluitvaardigheid, is assertief*
 - *Heeft optimisme, vitaliteit, doorzettingsvermogen*
 - *Kan goede vertrouwensrelaties opbouwen*
 - *Kan anderen „empoweren“ om actie te nemen*
- **Team leiderschap:**
 - *Kan samenwerking verkrijgen en faciliteren*
 - *Kan een werkbare eenheid opzetten*
 - *Kan coalities en teams vormen*
- **Organisatorisch leiderschap:**
 - *Kan een lerende omgeving opstellen waarin reflectie, denken, conceptualisatie wordt gestimuleerd*
 - *Kan via empowerment strategieën en beslissingsvormingsprocessen een kostefficiënte vorm van leiderschap opstellen*
 - *Komt via participatie tot delen van leiderschapstaken*
 - *Voert een diversiteitsbeleid*
 - *Voert een goed vormingsbeleid*
 - *Kan korte-termijn succeservaringen opleveren*
 - *Gericht op verbeteren van processen*
 - *Kan prioriteiten stellen*
 - *Bezit een drang om dingen te bereiken*

- **Visionair leiderschap:**
 - *Is inspirerend*
 - *Kan een visie ontwikkelen en delen („serving as symbol“)*
 - *Toont zich geëngageerd aan deze visie*
 - *Staat voor het hernieuwen en verjongen van de waarden (zowel eigen waarden als die van de organisatie)*
- **Politiek leiderschap:**
 - *In staat om agenda-setting uit te voeren en te wegen op het beleid*
 - *Kan onderhandelen, bemiddelen en beschikt over diplomatie*
 - *Kan een consensus bereiken*
 - *Kan goed om met verantwoording moeten afleggen aan verschillende instanties*
- **Ethisch leiderschap:**
 - *Beschikt over integriteit, zelf-discipline*
 - *Oog voor morele dimensie die individueel initiatief en verantwoordelijkheid aanmoedigt, gewoontes en wetten stelt, afhankelijkheid tussen individu en groep benadrukt*
 - *Kan intelligente oordelen vellen*
 - *Kan verantwoordelijkheden opnemen en aanvaarden*
- **Entrepreneurschap op beleidsvlak:**
 - *Beschikt over “brokering” vaardigheden (bemiddelen om beroep te kunnen doen op verschillende diensten)*
 - *Beschikt entrepreneurs-vaardigheden*
 - *Heeft creatief talent met een neiging te innoveren en experimenteren*
 - *Kan innovatieve ideeën in praktijk brengen*

Het lokaal dienstencentrum, zoals omschreven in het woonzorgdecreet, bevat het potentieel om het adres van deze coördinator te worden. Maar vele gemeenten beschikken niet over een LDC dat deze opdracht kan vervullen.

In het kader van de gezondheidszorg zorgden de netwerken palliatieve zorg voor een kanteling van het zorgmodel door een zorgnetwerk op maat rond een palliatieve patiënt te creëren en te coördineren. Steeds vertrekkend vanuit de zorgbehoeften van de palliatieve patiënt en zijn mantelzorgers, wordt in overleg een ondersteunend team gevormd met reeds aanwezige en nieuwe zorgverleners uit de informele, private of publieke sector, de ambulante en de residentiële zorg (<http://www.palliatief.be/netwerken>). Op de website van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw wordt een netwerk palliatieve zorg als volgt omschreven:

“Een netwerk palliatieve zorg is een pluralistische organisatie en heeft als doel de uitbouw van de palliatieve zorg in een regio te ondersteunen.”

In 1995 en '96 werden in Vlaanderen 15 netwerken palliatieve zorg in het leven geroepen waarvan de erkenning en subsidiëring geregeld worden in het Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 (Belgisch Staatsblad 18/08/1995) en in het Koninklijk Besluit van 19 juni 1997 (BS 28/06/1997). Een netwerk heeft de volgende wettelijke **opdrachten**:

- Informeren van het brede publiek over de mogelijkheden en het aanbod van palliatieve zorg in de regio.
- Samenwerken met verschillende partners in de regio en de samenwerking tussen deze partners bevorderen. Het gaat om organisaties van eerstelijnszorgverleners (huisarts, thuisverpleegkundige, maatschappelijk werker, verzorgende, kinesitherapeut ...), woonzorgcentra, ziekenhuizen, palliatieve zorgeenheden, voorzieningen voor personen met een beperking, specifieke zorgorganisaties voor vrijwilligers, families en mantelzorgers.
- Vormen, trainen en opleiden van de zorgverleners.
- Helpen organiseren en ondersteunen van vrijwilligerswerk in palliatieve zorg.
- Verzamelen van cijfergegevens over de geboden palliatieve zorgverlening in de regio.

De overheid financiert in belangrijke mate de werking van een netwerk palliatieve zorg maar stelt tevens een aantal voorwaarden:

- Elke gemeente in Vlaanderen werd ingedeeld in het werkingsgebied van een van de 15 Vlaamse netwerken zodat de netwerkstructuur het volledige grondgebied van Vlaanderen dekt. Per regionaal afgebakende zone wordt 1 netwerk palliatieve zorg erkend en gesubsidieerd.
- In de organisatiestructuur streeft een netwerk palliatieve zorg naar een evenwichtige vertegenwoordiging van intra- en extramurale voorzieningen en van alle betrokken functies die in palliatieve zorg actief zijn.
- Elk netwerk palliatieve zorg dient een samenwerking met een palliatieve thuiszorgequipe (ook MBE of multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging) uit te bouwen. Deze palliatieve thuiszorgequipe ondersteunt de palliatieve zorg aan patiënten in hun thuismilieu.

2.2.2 Burgerinitiatieven

Er ontstaan ook burgerinitiatieven in de zorg, waarin burgers zelf nieuwe voorzieningen en netwerken rond (een groep) zorgvragers opzetten. GIPSO staat voor 'Gids voor Inclusieve Projecten en Sociaal Ondernemen'. De vzw is een advies- en coachingbureau dat ouders en netwerken van personen met een handicap ondersteuning biedt wanneer die zelf een woon- of dagbestedingsproject willen opstarten. Vzw GiPSO kadert in het Perspectiefplan 2020 van de Vlaamse overheid en is erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (<http://www.gipso.be/>).

Co-Living, kleinschalig woonproject voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking, is een voorbeeld van zo'n burgerinitiatief. De ouders van vier jongeren met een beperking sloegen de handen in elkaar en creëerden zo een plek waar hun kinderen samen en zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. Tegelijk zorgen de ouders er met Co-living ook voor dat hun kinderen ook in de toekomst, als zij er niet meer zijn, een garantie op zorg en een goede plek om te leven hebben (<http://co-living.be/>).

Abbeyfield wonen staat voor activerend, participatief en beveiligd groepswonen voor 55+ (Carlassara et al., 2015).

“Abbeyfield staat voor een woonconcept voor 55+ers geïnspireerd op het idee ‘een goede buur is meer waard dan een verre vriend’. Door Zelfstandig Samen te Wonen wordt een stimulerende en verrijkende levensomgeving gecreëerd. Het Abbeyfieldwonen brengt evenwicht tussen het zelfstandig privé leven, het leven met anderen en de buurt. De sociale en dynamische interactie draagt bij tot een gezonde en veilige toekomst voor de bewoners.”

Elk Abbeyfield huis wordt beheerd door een vzw, opgericht door de bewoners zelf. Gekwalificeerde personen zijn als vrijwilliger betrokken bij het beheer van de woning. Daarnaast beheert de vzw ook zelf de dienstverlening aan de bewoners, tegen kostprijs, zoals maaltijden, het onderhoud van de gemeenschappelijke ruimten, enzovoort.

Abbeyfield Vlaanderen vzw ondersteunt de huizen van bij de opstartfase en draagt het concept Zelfstandig Samen Wonen voor 55+ uit te dragen en huizen op te starten.

Bron: <http://abbeyfieldvlaanderen.be/nl/over-abbeyfield>

Conclusie

Als we het zorgnetwerk rond de zorgvrager als uitgangspunt nemen, zien we dat er nog een flinke denkoefening nodig is. Hoewel er al veel gebeurt, valt dus vooral op dat veel initiatieven vaak nog sector-specifiek zijn en dat de integratiebeweging niet steeds verbonden is met burgerparticipatie en burgerinitiatieven. Er is met andere woorden meer integratie van de initiatieven nodig en een sterkere participatie van de burger.

Hoofdstuk 5

Voorbeelden in Vlaanderen

We stellen vast dat in Vlaanderen reeds een aantal hefbomen voor Zorgzame buurten groeien. Op het vlak van burgerinitiatieven zijn er in Vlaamse buurten buurtcomités actief, die werk maken van de leefbaarheid van hun buurt. Deze buurtcomités zetten zich zowel in voor de materiële context in de buurt (een speelplein, veilige oversteekplaatsen, ...) als voor het gemeenschapsleven (buurtfeest, buurtactiviteiten, ...). Daarnaast zien we ook coöperatieve initiatieven ontstaan, waarvan de coöperatieve dorps- of buurtrestaurants van CERA een mooi voorbeeld zijn.

Op het vlak van de professionele zorg wordt nagedacht over een radicale kanteling van sectorale zorg naar territoriale zorg in de buurt. De conceptnota 'Wijkteams' van het CAW van Antwerpen is hier een mooi voorbeeld van. Zij zien onder andere Samenlevingsopbouw als een belangrijke partner.

Een aantal lokale overheden zetten reeds een aantal jaren in op gebiedsgericht werken. Het kenniscentrum van de Vlaamse steden en gemeenten onderscheidt in de praktijk vijf vormen van gebiedsgericht werken die in diverse varianten en combinaties in de steden en gemeenten worden uitgebouwd. Zij stimuleren en ondersteunen ook wijkprogramma's en burgerinitiatief. 'Kom op voor je buurt' in Leuven is hier een voorbeeld van.

1 De pilootprojecten van de Vlaamse Bouwmeester

1.1 De pilootprojecten Onzichtbare zorg

De Pilootprojecten Onzichtbare Zorg ontwikkelden nieuwe concepten voor zorg, wonen en publieke ruimte. Ze testten hoe we ons woonpatrimonium duurzamer kunnen maken door niet enkel het ecologische en het economische, maar ook en vooral het sociale in ogenschouw te nemen. Ze zochten ook naar een manier om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. De projecten bekeken hoe levensloopbestendige wijken een verhoogde sociale participatie tot stand brengen, zodat verschillende generaties en verschillende sociale groepen, zowel mensen mét, als mensen zonder zorgnood, elkaar ondersteunen. Dit bevordert ook de gezondheid en het welzijn, en vormt een buffer tegen sociaal isolement. De Pilootprojecten besteedden aandacht aan de toegankelijkheid van publieke ruimten en gebouwen, of aan de nabijheid van basisvoorzieningen zoals winkels, scholen, dienstencentra en bibliotheken.

De Pilootprojecten haalden de zorg uit haar klassieke cocon. Het gaat niet enkel over infrastructuur voor ouderen of personen met een beperking, maar evenzeer over de noden van jonge gezinnen met kinderen of mensen die in een tijdelijke zorgsituatie zitten en zelfstandig willen blijven functioneren.

Vormen van collectief en intergenerationeel wonen, zoals cohousing of kangoeroewonen, reiken interessante pistes aan om de algemene levenskwaliteit te verhogen. De Pilootprojecten verzetten bakens. Ze onderzoeken hoe we als maatschappij kunnen samenleven in een wijk of een stad met een divers aanbod van woonvormen. Mensen krijgen er de garantie op een levenslange zorg- en dienstverlening. Ze kunnen genereuzer, efficiënter en goedkoper wonen in een zorgzame omgeving (Vlaamse Bouwmeester, 2014b).

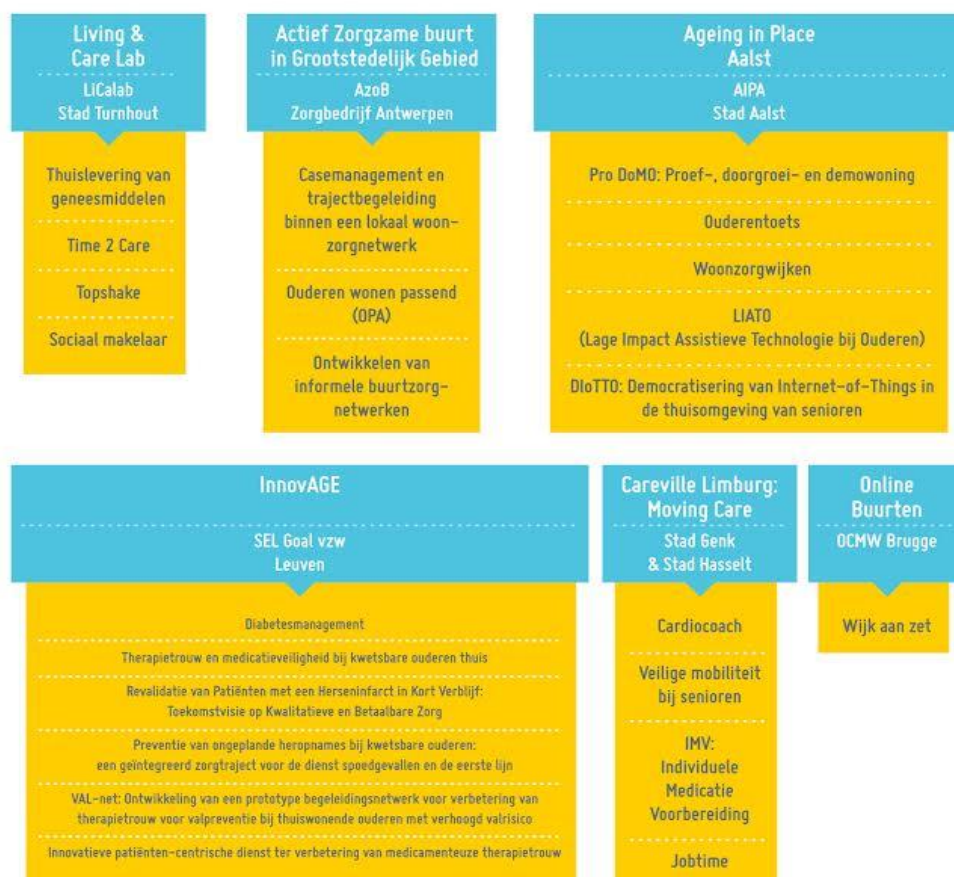
1.2 De pilootprojecten Collectief Wonen

Ook uit de pilootprojecten Collectief Wonen enige inspiratie worden geput. Gedeelde ruimtes en voorzieningen zijn: wijktuinen, boomgaarden, rozentuinen, 'secret gardens', een stuk wildernis of een speelbosje, een wadi of moestuin, het erf als gezamenlijke 'inkom' van een groep woningen, een cafetaria, gezamenlijke eetplaats of keuken, buurtparkings, gezamenlijke parkeergarages of –havens, ouderenzorg, sportterreinen en speelplekken, wijkwinkels, kinderopvang en scholen (Vlaamse Bouwmeester, 2014a)

2 De Zorg Proeftuinen

De Vlaamse Zorg Proeftuinen gingen in september 2013 officieel van start en worden gedurende drie jaar door de Vlaamse overheid gefinancierd. Hun doelstelling is om innovatie van nieuwe zorg- en hulpprocessen en producten in de ouderenzorg te faciliteren. Er zijn zes deelnemende platformen in verschillende Vlaamse regio's. Elk platform legt een eigen accent, maar 'kwaliteitsvol ouder worden in de eigen omgeving', participatie, co-creatie en zorgcontinuïteit zijn gemeenschappelijke kenmerken.

Figuur 10:



1. Ageing in Place (AIPA) in de regio Aalst richt zich voornamelijk op het 'kwaliteitsvol ouder worden in de eigen omgeving'. AIPA maakt veel gebruik van co-creatie workshops en creëren een experimenteeromgeving voor bedrijven en (zorg)organisaties.

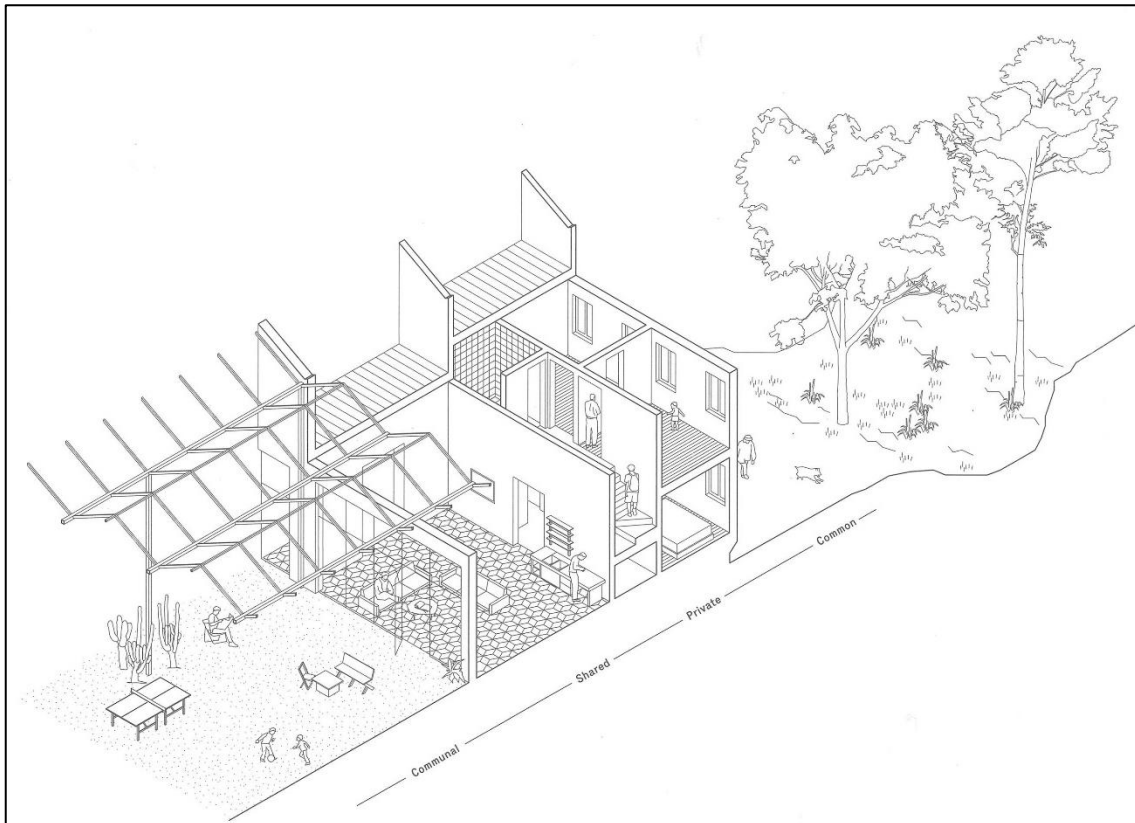
In het project 'woonzorgwijken' stelt AIPA: "Een woonzorgwijk is een visie op een wijk met een doordachte inplanting van infrastructuur voor wonen en zorg." Volgende deelaspecten zijn hierin in wording of gerealiseerd:

- Zorgbalie in het administratief centrum waar iedereen met zijn initiële zorgvraag terecht kan.
 - De organisatie van nieuwe, pop-up initiatieven in het LDC om te proberen hun publiek te verruimen en de volledige buurt aan te spreken.
 - Twee speciale fietsdiensten (Hello Vello en Duofiets) die het mogelijk maken voor zorgverstrekkers om hun zorgbehoevende op de fiets mee te nemen. De dienst staat bovendien ook open voor alle andere bewoners van de buurt.
 - Inrichten met aangepast meubilair en speeltuigen van een tuin van het WZC Denderrust die ze delen met de nabij gelegen school.
2. Online Buurten in West-Vlaanderen legt de nadruk op langer kwalitatief thuis wonen van zorgbehoevende ouderen. Online Buurten zet vooral in op een digitaal communicatie- en dienstenplatform om de zelfredzaamheid en de zelfstandigheid van ouderen te vergroten en ook om de verbinding met anderen (formele en informele zorg) te vergroten.
 3. InnovAGE in Leuven richt zich vooral op kwetsbare ouderen met complexe noden, bij wie zorgcontinuïteit essentieel is. Het is een 'quadruple helix participatieplatform' waarin alle stakeholders (overheden, bedrijven, zorgorganisaties, eindgebruikers) systematisch worden betrokken. InnovAGE faciliteert initiatieven die enerzijds innovatieve ondersteunende producten en diensten voor ouderen creëren en anderzijds ook de manier waarop we zorg aanbieden vernieuwen. Bij InnovAge lijkt de ruimtelijke component afwezig en beperkt men zich vooral tot het domein van de zorg. De term 'quadruple helix participatieplatform' is misschien te veel jargon.
 4. Actief Zorgzame Buurt in Antwerpen en Brussel werd al eerder in deze nota vermeld en is wellicht de Zorg Proeftuin die het dichtst aansluit bij de proefprojecten duurzame zorgzame buurten (hoewel zeker ook uit de andere projecten inspiratie kan worden gehaald). Het platform Actief Zorgzame Buurt is een samenwerkingsverband waarbij Antwerpse en Brusselse partners een buurtgericht model van zorgorganisatie willen ontwikkelen in een grootstedelijke context zodat ook ouderen met een verminderde zelfredzaamheid zo lang mogelijk comfortabel en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Hierbij ligt de klemtoon op het versterken van de zelfredzaamheid, de mantelzorg en het uitbouwen van informele buurtzorgnetwerken. De formele zorg of professionele woonzorg zal hierbij ondersteunend, faciliterend en complementair zijn.

De Actief Zorgzame Buurten vormen vanuit het ruimtelijk perspectief de meest interessante proeftuin voor de pilootprojecten. Zo toont het casemanagement project de nood aan zorgregie. Het project gericht op het ondersteunen van het informele buurtzorgnetwerk sluit aan bij de ambities van de PPZ2. Ze wijzen meermaals op de nood aan ontmoetingsplekken om een goede samenwerking met vrijwilligers mogelijk te maken en onderschrijven dat sociale netwerkopbouw preventief werken is aan gezondheid. Tenslotte kijkt het project 'Ouderen Wonen Passend' naar de leefomstandigheden van ouderen en hoe deze aan hun stijgende zorgnoden aangepast kunnen worden.

5. Licalab of Living and Care Lab in de regio Kempen creëert een experimenteeromgeving voor bedrijven en zorgorganisaties, die nieuwe producten of diensten willen lanceren in de domeinen wonen en zorg. Er zijn 5 centrale aandachtsthema's waarin innovatieve projecten worden ondersteund: (1) het versterken van de oudere in zijn autonomie en zelfredzaamheid; (2) het verbeteren van de thuisomgeving van de oudere door innovaties die een veilige, comfortabele en toegankelijke woonomgeving creëren; (3) oplossingen zoeken om mensen actief ouder te laten worden en betrokken te houden in de maatschappij; (4) het versterken van geïntegreerde zorg op maat van de gebruiker en (5) de uitbouw van zorgzame buurten.

Figuur 11:



Pilootproject Turnhout – graduele overgang tussen private, gedeelde en publieke ruimte.

- Licalab test ook een zorgmunt. Dit project werd uitgewerkt door time2care en is gelijkaardig aan het systeem van de Torekes in de Rabotwijk in Gent. Met dit systeem kan men Torekes verdienen door zich in te zetten in de wijk voor uiteenlopende zaken, gaande van kiezen voor een autodeelsysteem, het planten van bloemen voor de gevel, voorlezen aan kinderen, huiswerkbegeleiding, etc. Zie ook www.qoin.com
6. Careville Limburg – Moving Care in de regio Gent en Hasselt richt zich op de versterking van de 'zorgmobiliteit' om oudere personen langer kwaliteitsvol, veilig en betaalbaar thuis te laten wonen. De zorgmobiliteit slaat op de mobiliteit van de zorgvrager (sociaal, doorheen de zorgketen, ...), van het zorgproduct of zorgproces (telemonitoring, efficiënte zorgproducten aan huis,) en van de zorgverlener (doorheen de transmurale keten, efficiëntie,).

3 Woonzorgzone Wervik

Het OCMW- en stadsbestuur van Wervik maakte in het centrum van de gemeente een woonzorgzone. De 'woonzorgzone' is een woonwijk waarin de stad zorgde voor een reorganisatie van straten, pleinen en gebouwen met voldoende ontmoetingsplaatsen (van zitbank tot speelpleintje), voldoende activiteiten op loopafstand (van horeca tot animatie- en recreatievoorzieningen) en voldoende openbaar vervoer. Zo creëerde Wervik een voetgangerscirkel rond de woonzorgzone met voldoende rustpunten.

Het zorgkruispunt is het Sint-Janshospitaal dat zich centraal in de wijk bevindt. Er werden verschillende woonvormen voor ouderen ontwikkeld binnen een straal van 750 meter rond het ziekenhuis. De beschikbaarheid van die hulp- en dienstverlening krijgt daarbij bijzondere aandacht. Iedereen die binnen de zone woont, kan beroep doen op verpleging en verzorging aan huis, informatie en advies, consultatie bij deskundigen, maaltijden aan huis, enz. Ouderen kunnen via een noodoproepsysteem met het ziekenhuis verbonden worden. Ook de volgende diensten aan huis worden aangeboden: strijkdienst, schoonmaakhulp, warme maaltijden, klusjesdienst, boodschappendienst. Elke inwoner kan bovendien met zorgvragen en noodoproepen terecht bij een callcenter tussen 08u00 en 20u00. Medewerkers verwijzen hen door naar de juiste dienst of persoon. Minstens één keer per week bellen medewerkers met senioren die vereenzaamd zijn of dreigen te vereenzamen. Daarnaast is er aandacht voor collectieve woonvormen en een sociale mix. In Wervik zijn er 38 service flats, 28 sociale appartementen en twee woonzorgcentra met 184 woongelegenheden. Om de woonzorgzone te realiseren voert de lokale overheid een gericht aankoopbeleid van huizen. De stad koopt twee huizen per jaar en maakt men er een aangepaste woning van

(<http://www.vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/Deloddere%20%20111208%20%5BCompatibiliteitsmodus%5D.pdf>).

4 Kenniscentrum Woonzorg Brussel (www.woonzorgbrussel.be)

Mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen in hun vertrouwde omgeving ondersteunt het gevoel een zo normaal mogelijk leven te leiden, te midden van de samenleving. Het wordt gezien als een belangrijk aspect van de vermaatschappelijking van de zorg. De eigen woning alsook de woonomgeving is echter vaak niet aangepast aan een toenemende zorgvraag. Om mensen te verleiden op tijd de stap te zetten naar een nieuwe woning en woonomgeving waar stijgende zorgnoden geen probleem vormen zijn alternatieve woonvormen nodig. Deze dienen een tussenvorm te bieden tussen zelfstandig thuis wonen en verblijven in een zorgvoorziening. Belangrijk hierbij is dat deze tussenvormen niet stigmatiserend werken en een normale participatie in de maatschappij mogelijk maken.

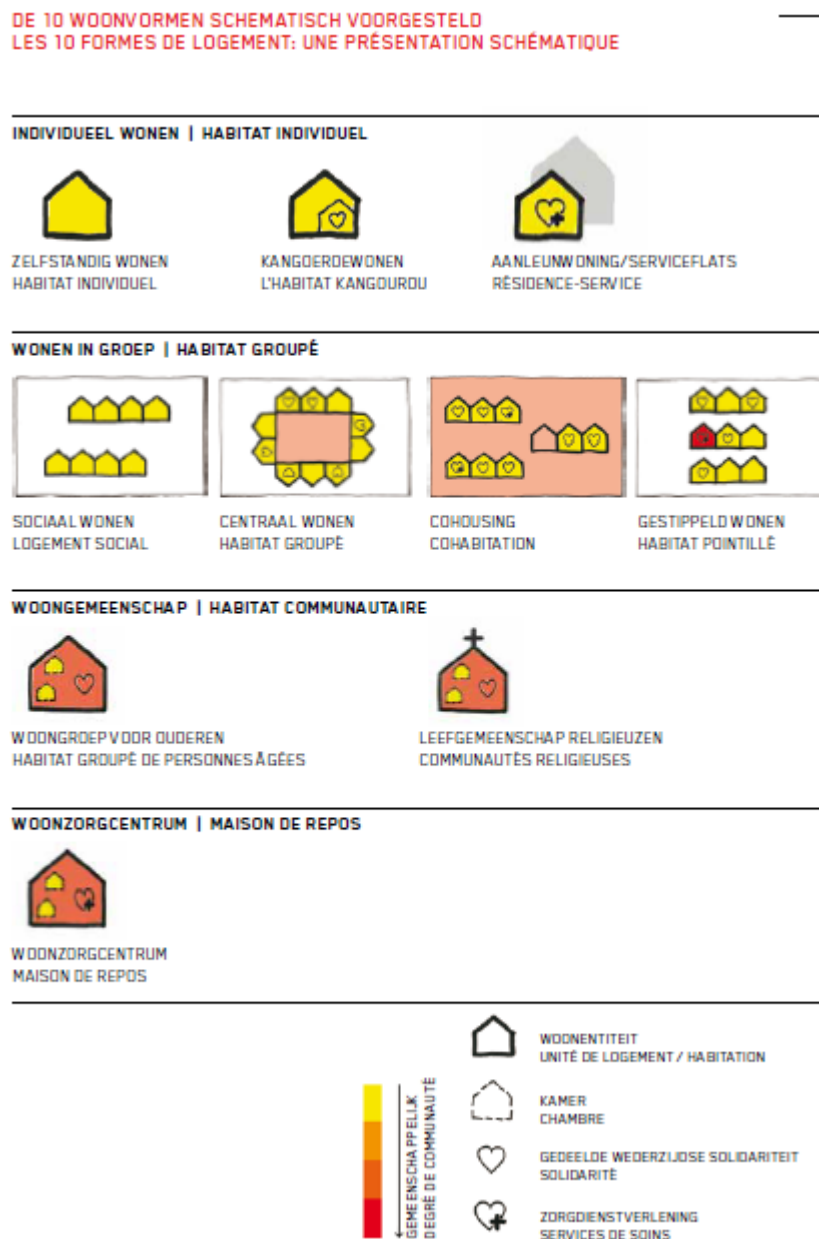
Sinds 1 januari 2013 zijn de bepalingen van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 aangaande de groepen van assistentiewoningen in werking getreden. Dit decreet stelt dat een groep van assistentiewoningen dient te bestaan uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder die er zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden, huisvesting wordt gegeven en ouderzorg waarop zij facultatief een beroep kunnen doend. (art. 33 Woonzorgdecreet).

Wanneer we vandaag kijken naar wat onder de noemer assistentiewoningen gebouwd wordt, is het ruimtelijke verschil met een appartementencomplex zeer klein. Het verschil ligt hoofdzakelijk bij de uitbating waarbinnen opnieuw een waaier aan varianten zichtbaar is.

Een herinterpretatie van de typologie dringt zich op. Een clustering van licht-zorgbehoevenden verhoogt de efficiëntie van de opvolging en de zorgverlening. Dit sluit echter een variatie aan leeftijden, woonvormen en zorgvragen niet uit. De vergrijzing is een golf en dus van voorbijgaande aard. Dit betekent, dat ook na de golf, deze 60 000 nieuwe assistentiewoningen betekenisvol moeten kunnen zijn.

Het Kenniscentrum Woonzorg Brussel ondersteunt de ontwikkeling van nieuwe woonzorgprojecten. In een onderzoeksproject werkte het centrum samen met de Stad Brussel en Buro II & Archi I & II om meer inzicht te krijgen in hoe ouderen wonen en leven. Enkele tientallen Brusselse ouderen vertelden over hoe ze wonen en leven en over wat ze in hun woning belangrijk vinden, voor 10 soorten woonvormen. De woonvormen worden hieronder schematisch weergegeven.

Figuur 12: 10 woonvormen voor ouderen in Brussel (Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2012)



De publicatie beschrijft de ervaringen van ouderen in elk van de woonvormen en eindigt met aanbevelingen voor alle stakeholders. Ouderen wordt aangeraden om (a) tijdig de woning aan te passen,

(b) te bezinnen, maar ook de sprong te durven wagen om voor een nieuwe woonformule te kiezen, (c) zich bewust te zijn van het feit dat woongemeenschappen niet zomaar tot stand komen, veel voorbereiding vergen en dat ook groepsvorming niet altijd eenvoudig is. Aan promotoren, ontwikkelaars en openbare besturen wordt aangeraden rekening te houden met het feit dat (a) ouderen liever intergenerationeel samenwonen dan enkel met ouderen en een gezonde mix van bewoners voor (bijvoorbeeld) projecten van co-housing meer kans heeft op slagen, (b) men best voor kwaliteit kiest. Hoe meer variatie er onder bewoners is, hoe groter ook de variatie in woningen. Woningen zijn dus best aangepast, toegankelijk en moduleerbaar. Het beleid (a) maakt best de regelgeving aantrekkelijk en eenduidig, (b) zou wonen in groep moeten stimuleren, net als (c) levensloopbestendig wonen.

5 Een bron van inspiratie?

Er valt overduidelijk iets te leren en inspiratie te halen uit elk van de bovenstaande voorbeelden en initiatieven. Ze zetten allemaal in op elementen van nieuwe vormen van zorg in de buurt, zonder daarom alle factoren op te nemen waar met de pilootprojecten duurzame, zorgzame buurten op wordt gemikt. Vooral de betrokkenheid van de zorggebruikers en hun mantelzorgers lijkt niet altijd goed uitgewerkt.

Eenzijds zien we in de buurten burgerinitiatieven ontstaan waar de burgers daadwerkelijk het eigenaarschap over het welzijn in hun buurt opnemen. Anderzijds is het onduidelijk in welke mate buurtbewoners of burgers participeren (informatie ontvangen, geconsulteerd worden, advies kunnen geven, mee kunnen beslissen) vanaf het allereerste begin (de denkfase, de ontwerpfase) als we het hebben over vermaatschappelijking van de zorg, over sociale wijkteams en over gebiedsgericht werken. Nochtans is participatie van diegenen van wie de kwaliteit van leven zou moeten verbeteren (en van wie we verwachten dat ze het eigenaarschap over hun buurt en hun welzijn terug meer gaan opnemen) vanaf het allereerste begin cruciaal om tot een geslaagde transformatie of innovatie te komen. Deze participatie is niet alleen de voedingsbodem voor een stevig draagvlak in de buurt, maar brengt ook ervaringskennis van zorgvragers en buurtbewoners in waarover experts niet kunnen beschikken terwijl deze ervaringskennis cruciaal is voor het welslagen van zorginnovaties.

De pilootprojecten 'Onzichtbare Zorg' en 'Collectief Wonen' leveren beide belangrijke inspiratie voor de toekomst en beide perspectieven kunnen elkaar nog positief versterken. Zo kunnen diverse vormen van collectief wonen nieuwe kansen creëren voor informele en formele onzichtbare zorg, op voorwaarde dat in de ontwerpfase voldoende rekening gehouden wordt met de krachtlijnen die belangrijk zijn voor onzichtbare zorg. De betrokkenheid van (toekomstige) bewoners of gebruikers en van buurtbewoners in de ontwerpfase is echter in beide groepen pilootprojecten zeer beperkt. Als ze gecontacteerd worden, is het eerder om hen 'warm te maken' of 'te overtuigen', wat een top-down benadering laat vermoeden.

In één pilootproject (Turnhout) werkte men ook bottom-up en heeft men sterk geïnvesteerd in een intensief participatie- en inspraaktraject om te komen tot een van in de aanvang gedragen project dat aansluit op de vragen en noden die omtrent de concrete leefsituatie. De projectregisseur speelt op dit vlak een cruciale rol. De pilootprojecten 'Onzichtbare Zorg' willen een meerwaarde creëren op het vlak van ruimte, ecologie en economie, maar beogen daarnaast ook expliciet een meerwaarde voor het sociale weefsel. De literatuurstudie leert ons dat hier de creatie van een aantal voorwaarden niet volstaat om het sociale weefsel vanzelf te laten groeien en bloeien. Gebruikers, burgers, buurtbewoners moeten vanaf het begin actief aangesproken en als partners betrokken worden, wil men komen tot een bottom-up beweging, waarbij allen als buurtbewoners terug leren het eigenaarschap en de zorg voor hun buurt mee op te nemen.

Ook bij de Woonzorgzone Wervik is het niet duidelijk of en in welke mate ouderen zelf werden betrokken. In de Zorg Proeftuinen worden ouderen wel meer betrokken via co-creatie. Er lijkt echter minder sprake van coproductie. Het rapport van het Kenniscentrum Wonen Brussel vertrekt vanuit de ervaringen van ouderen, maar spreekt minder over de buurt en over 'zorg voor elkaar'.

Het lijkt ons belangrijk dat de verbinding met bottom-up bewegingen en initiatieven, zoals samenlevingsopbouw, buurtwerking en buurtcomités, met sociale wijkteams of lokale zorgnetwerken en met de lokale overheid vroegtijdig wordt gemaakt, net zoals de verbinding met zorgorganisaties die actief zijn in de buurt. Een positief en wervend verhaal, communicatie en uitwisseling van informatie met de buurtbewoners zijn geen bijzaak. Hermans en Vranken stelden eerder:

“Zeker complexere uitdagingen krijg je niet alleen in kaart gebracht en aangepakt. De betrokkenheid van alle stakeholders of betrokkenen is hierbij van cruciaal belang. Door op een gelijkwaardige wijze de perspectieven van verschillende stakeholders (gebruikers, onderzoekers, ...) samen te leggen, bekom je meer kennis en inzicht in ondoorzichtige problemen. Naast gelijkwaardigheid heeft het vrijwillige karakter van de deelname een belangrijke invloed op de betrokkenheid van deelnemers aan je innovatiegroep.” (Hermans & Vranken, 2010)

Andere punten die nog wat meer aandacht mogen krijgen zijn: aandacht voor mensen met diverse sociale en culturele achtergronden en aandacht voor alle zorgdoelgroepen, ook burgers met een psychische kwetsbaarheid, met een mentale beperking, jongeren begeleid in het kader van Integrale Jeugdhulp, thuislozen, ex-gedetineerden, Ook de bestaande (proef)projecten richten zich vaak slechts op één sector.

CASUS Vzw De Huizen illustreert een vernieuwende, verbindende benadering van gedetineerden op de vooravond van hun in vrijheidstelling.

De vzw streeft naar kleinschalige, gedifferentieerde detentievormen die beter verankerd zijn in de buurt. Een kleinschalige aanpak zal aangepaste beveiliging, detentie-invulling en begeleiding mogelijk maken, terwijl de maatschappelijke verankering een belangrijk pluspunt vormt voor de re-integratie.

*“Community detentie: De detentiehuisen sluiten aan op hun buurt. Zij spelen vanuit de **herstelgedachte** een economische, sociale of culturele rol in hun omgeving. Vanuit de **normaliseringsgedachte** maken ze gebruik van hulp- en dienstverlening uit de directe omgeving om de individuele plannen uit te voeren. Dit stimuleert de wederzijdse betrokkenheid en verantwoordelijkheid van gedetineerden én de samenleving.”*

Concreet vraagt vzw De Huizen dat de overheid enkele proefprojecten opzet met detentiehuisen.

De Huizen kregen het label van de Vlaamse Bouwmeester 2014-2015.

Bron: <http://www.dehuizen.be/concept.htm>

<https://www.youtube.com/watch?v=8njGNMEONzE&feature=youtu.be>

Hoofdstuk 6

Bevraging focusgroepen

Om een draagvlak te creëren voor de nieuwe opdracht van het team Vlaams Bouwmeester en het Agentschap Zorg en Gezondheid, heeft LUCAS op 21 april 2016 verschillende focusgroepgesprekken georganiseerd. Aan de hand van vaste thema's werd elke focusgroep door LUCAS bevraagd naar haar visie over duurzame zorgzame buurten.

De bevraging van focusgroepen heeft tot doel bijkomende inzichten te verwerven van de experts in het domein alsook om te polsen naar de prioritaire criteria voor nieuwe pilootprojecten en projectoproepen.

1 Samenstelling focusgroepen

Voor de focusgroepen werden experts aangezocht uit drie sectoren stakeholders: beleidsmakers, zorgverstrekkers en kenniscentra. Elke sector werd bevraagd in een afzonderlijke focusgroep.

In de focusgroep **administratie en beleid** namen 5 experts deel en waren de volgende instellingen vertegenwoordigd:

- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
- Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten

In de focusgroep **zorgverstrekkers** waren 8 experts aanwezig uit:

- OCMW Wervik
- OCMW Gent
- Vzw Emmaüs
- Vzw Zonnelied (Brussel)
- Vzw Huis Perrekes
- Vzw Zorgnetwerk Trento
- Vzw Symbiosis
- Cvba-so Inclusie Invest

De laatste focusgroep bestond uit 7 vertegenwoordigers van **kenniscentra**:

- Zorgproeftuin Platform Actief Zorgzame Buurt
- Kenniscentrum Woonzorg Brussel
- KU Leuven, Departement Architectuur

- Vzw Samenlevingsopbouw Vlaanderen
- Vlaamse Vereniging voor Ruimte en Planning
- Afdeling Welzijn en Samenleving van het Vlaams Departement WVG
- UGent, Vakgroep Publieke Governance, Management en Financiën / Bestuurskunde

LUCAS (Prof. Van Audenhove en Prof. Declercq) begeleidde de drie focusgroepen in de hoedanigheid van moderator. Natalie Vansweevelt was verantwoordelijk voor de verslaggeving. De coördinator Pilotprojecten, Stijn De Vleeschouwer, van het team Vlaams Bouwmeester, nam eveneens deel aan de discussies.

2 Vraagstelling

In elke focusgroep werd gepolst naar de opinie en adviezen van de experts over duurzame zorgzame buurten en werd getracht een diepgaander inzicht te verwerven over potentieel uiteenlopende meningen en/of interpretaties.

Het gesprek (1,5u per focusgroep) werd ingeleid en begeleid door LUCAS waarbij telkens gebruik werd gemaakt van een aantal basisthema's en open vragen:

- Wat zijn duurzame, zorgzame **buurten**?
- Wat is de haalbaarheid en wat zijn de **randvoorwaarden** van duurzame zorgzame buurten?
- Wat zijn de **valkuilen**?
- Welke elementen van **ruimtelijke ordening** kunnen de aanpak belemmeren of stimuleren?
- Hoe kan het **beleid** duurzame zorgzame buurten beïnvloeden?

3 Resultaten

De discussie in elke focusgroep werd geregistreerd door middel van audio-opnames en volledig uitgeschreven in een verslag per focusgroep (zie bijlage 1).

De resultaten van de gesprekken worden hierna hoofdzakelijk per thema weergegeven met de opinies over de verschillende focusgroepen heen. Daar waar er op bepaalde onderwerpen substantiële accenten werden gelegd in een specifieke focusgroep, worden deze accenten afzonderlijk toegelicht.

3.1 Elementen die bepalend zijn voor de haalbaarheid van duurzame zorgzame buurten

Uit de discussies (waarvan hieronder enkele citaten) komen verschillende elementen inzake haalbaarheid naar voren:

- Een buurtnetwerk veronderstelt een samenwerking tussen alle betrokkenen, met actief burgerschap
“Mensen moeten een drempel overwinnen om zorgbehoevenden te leren kennen en over ‘het etiket’ te raken.”

- *Er moet een trekker op buurtniveau zijn: burgers, lokaal dienstencentrum of gelijkaardige initiatieven, samenwerking tussen zorginstellingen*
“Het gaat erom een beweging op gang te trekken van mensen die elkaar versterken.”
- Middelen (financieel, infrastructuur, ...) moeten van overheidswege voorzien worden om elkaar te leren kennen in een netwerk en om het netwerk te ondersteunen
“We moeten maatschappelijk initiatief blijven ondersteunen, maar de regulerende rol van de overheid blijft er wel om intelligentere verbindingen mogelijk te maken.”
- Ruimtelijke verdichting is een noodzaak; kleinschaligheid behouden
“Nabijheid is een waarde die onvoldoende aandacht krijgt.”
- Diversiteit van burgers en zorg binnen een buurt moet verzekerd worden
“Als mensen moeten verhuizen omdat ze te zorg behoevend worden, dan moeten we aandacht hebben voor het intergenerationele van die woonzone en uitkijken dat het geen ‘sukkelstraat’ wordt.”
- Keuze- en beslissingsvrijheid van het individu behouden
“Het is een en-en-verhaal. We moeten mensen verleiden.”
- Aandacht voor mobiliteitsnoden en dynamiek woningmarkt

3.2 Valkuilen voor duurzame zorgzame buurten

Elke focusgroep besprak de hindernissen voor buurtzorgnetwerken. Men stelde vast dat de sociaaleconomische realiteit reeds verschillende valkuilen inhoudt voor duurzame zorgzame buurten, met name:

- de sectorale werking van zorgverleners,
- de individualisering van de burger en
- de vermarkting van de zorg.

Wat het beleid betreft, constateren de focusgroepen dat

- er geen eenduidige visie bestaat,
- er een gebrek is aan ruimtelijk beleid,
- de lokale overheden onvoldoende mogelijkheden bezitten en
- de huidige ontwikkelingen te traag verlopen.

Tenslotte worden nog andere bezorgdheden benoemd:

- Men mag vermaatschappelijking van de zorg niet gelijkstellen aan bezuiniging.
- Maatschappelijk kwetsbare personen dreigen uit de boot te vallen.

3.3 Visie op het beleid en rol van de overheid

Elke focusgroep besprak de rol van de overheid, het beleid en de regelgeving in de totstandkoming van zorgzame buurten.

Alle experts zijn het eens dat de overheid hoofdzakelijk moet faciliteren en sensibiliseren.

De volgende instrumenten werden aangehaald:

- Aanpassen regelgeving, monitoring
- Fiscale stimulansen, subsidies, ...
- Afstemming tussen verschillende beleidsdomeinen
- Decentralisatie: lokaal beleid voeren, herinrichting buurt, ter beschikking stellen van infrastructuur
- Stedenbouwkundig beleid en opleiding architecten
- Aanbod sociale woningen vergroten voor lage inkomens
- Opschalen van investeringen

3.4 Enkele accenten

In de eerste focusgroep met vertegenwoordigers van beleidsinstellingen lag er een accent op de omschrijving, zowel inhoudelijk als terminologisch, van het begrip 'buurt'.

Is dit een eenduidig begrip? Is een andere formulering geschikter om het concept 'zorgzame buurt' op alle niveaus te doen aanvaarden?

De notie van 'nabijheid' bleek in elke focusgroep bepalend. Nabijheid kan dan weer bekeken worden vanuit het perspectief van de schaalgrootte van een buurt of om de nabijheid van de zorg te benadrukken (bv. informele zorg).

De focusgroep voor kenniscentra gaf (net zoals de andere focusgroepen) de noodzaak aan om het beleid en het zorgmodel aan te passen. In deze focusgroep werd de nadruk gelegd op de aanpassingen van het ruimtelijk beleid en de noodzaak aan planning. Er werd bovendien eerder een pleidooi gehouden voor deregulering en het versterken van goede, bestaande netwerken (geen tabula rasa).

4 Conclusies focusgroepen

Uit de gesprekken met de focusgroepen kunnen we besluiten dat de volgende voorwaarden bepalend worden geacht voor duurzame zorgzame buurten en als een belangrijke voorwaarde beschouwd kunnen worden voor nieuwe projectoproepen en projectaanvragen:

- Samenwerking tussen alle stakeholders;
- Participatie van de zorgvragers / actief burgerschap;
- Stimulansen (zowel wat betreft financiële en materiële ondersteuning als sensibilisering) vanuit de (lokale) overheid;
- Duidelijke en gecoördineerde (centrale) visie over de verschillende beleidsdomeinen heen.

Deze basiscriteria komen overeen met de bevindingen uit het literatuuronderzoek.

Hoofdstuk 7

De regelgeving betreffende ruimtelijke ordening en ruimtelijke planning

Prof. emeritus Marc Boes

De regelgeving in verband met de ruimtelijke planning is opgenomen in de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening (VCRO). De VCRO heeft ook de ruimtelijke plannen die tot stand waren gekomen op grond van de vroegere wetgeving gehandhaafd. Het gaat om de gewestplannen en de (gemeentelijke) bijzondere plannen van aanleg (BPA's), die zijn vastgesteld op grond van de wet van 29 maart 1962 betreffende de ruimtelijke ordening en de stedenbouw. De regelgeving in verband met de vergunningen (stedenbouwkundige vergunningen) is op dit ogenblik eveneens geregeld in de VCRO, maar zal vanaf (in principe) 23 februari 2017 vervangen worden door het decreet van 25 april 2014 betreffende de Omgevingsvergunning.

Hierna zal kort worden ingegaan op de belangrijkste aspecten van de planningsinstrumenten en de vergunningen.

1 Planningsinstrumenten

De VCRO kent de volgende planningsinstrumenten:

- Ruimtelijke structuurplannen, zowel op Vlaams, provinciaal als gemeentelijk niveau
- Ruimtelijke uitvoeringsplannen, zowel op Vlaams, provinciaal als gemeentelijk niveau
- Stedenbouwkundige verordeningen, zowel op Vlaams, provinciaal als gemeentelijk niveau

1.1 Ruimtelijke structuurplannen

Artikel 2.1.1. VCRO definieert ruimtelijke structuurplannen als volgt:

“Onder ruimtelijk structuurplan wordt verstaan een beleidsdocument dat het kader aangeeft voor de gewenste ruimtelijke structuur. Het geeft een langetermijnvisie op de ruimtelijke ontwikkeling van het gebied in kwestie. Het is erop gericht samenhang te brengen in de voorbereiding, de vaststelling en de uitvoering van beslissingen die de ruimtelijke ordening aanbelangen.”

Voor wat betreft de zorgsector kan meteen worden opgemerkt dat het belang van de ruimtelijke structuurplannen eerder beperkt is. Maatschappelijke zorg is een aspect dat doorgaans niet specifiek als zodanig tot uiting komt in de ruimtelijke structuurplannen, en structuurplannen leggen alleen maar de grote lijnen voor de ruimtelijke ontwikkeling van het betrokken grondgebied vast. De ruimtelijke aspecten van de vermaatschappelijking van de zorg zijn eerder beperkt in omvang. Dat belet niet dat een ruimtelijk structuurplan als beleidslijn zou kunnen bepalen dat op het betrokken niveau de nodige aandacht besteed moet worden aan de vermaatschappelijking van de zorg. Maar dit soort algemene uitspraken zal zelden of geen impact hebben op de concrete zaken die geregeld moeten worden als een project van maatschappelijke zorg moet worden uitgewerkt. Dat komt natuurlijk ook omdat de

structuurplannen op de eerste plaats bedoeld zijn als algemeen kader dat nader uitgewerkt moet worden in de meer concrete ruimtelijke uitvoeringsplannen. Van belang is ook te onderstrepen dat ruimtelijke structuurplannen niet gebruikt mogen worden bij het beoordelen van aanvragen voor stedenbouwkundige vergunningen. Dat volgt uit artikel 2.1.2 § 7 VCRO: *“De ruimtelijke structuurplannen vormen geen beoordelingsgrond voor vergunningsaanvragen, noch voor het stedenbouwkundig attest.”*

1.2 Ruimtelijke uitvoeringsplannen

Zoals hiervoor werd gesteld, zijn de ruimtelijke uitvoeringsplannen de concrete uitwerking van de beleidsvisie die in de structuurplannen zijn vastgelegd. Artikel 2.2.2 VCRO bepaalt de inhoud van een ruimtelijk structuurplan:

“Een ruimtelijk uitvoeringsplan bevat:

- 1. een grafisch plan dat aangeeft voor welk gebied of welke gebieden het plan van toepassing is;*
- 2. de erbij horende stedenbouwkundige voorschriften inzake de bestemming, de inrichting en/of het beheer, en, desgevallend, de normen, vermeld in artikel 4.2.4 van het decreet van 27 maart 2009 betreffende het grond- en pandenbeleid;*
- 3. een weergave van de feitelijke en juridische toestand;*
- 4. de relatie met het ruimtelijk structuurplan of de ruimtelijke structuurplannen waarvan het een uitvoering is;*
- 5. in voorkomend geval, een zo mogelijk limitatieve opgave van de voorschriften die strijdig zijn met het ruimtelijk uitvoeringsplan en die opgeheven worden;*
- 6. in voorkomend geval een overzicht van de conclusies van:*
 - a. het planmilieueffectenrapport,*
 - b. de passende beoordeling,*
 - c. het ruimtelijk veiligheidsrapport,*
 - d. andere verplicht voorgeschreven effectenrapporten;*
- 7. in voorkomend geval, een register, al dan niet grafisch, van de percelen waarop een bestemmingswijziging wordt doorgevoerd die aanleiding kan geven tot een planschadevergoeding, vermeld in artikel 2.6.1, een planbatenheffing, vermeld in artikel 2.6.4, of een compensatie, vermeld in boek 6, titel 2 of titel 3, van het decreet van 27 maart 2009 betreffende het grond- en pandenbeleid;*
- 8. in voorkomend geval, het grondruilplan, vermeld in artikel 2.1.65 van het decreet van 28 maart 2014 betreffende de landinrichting;*
- 9. in voorkomend geval, de inrichtingsnota, vermeld in artikel 4.2.1 van het decreet van 28 maart 2014 betreffende de landinrichting.”*

De bestemmingen en voorschriften bedoeld in artikel 2.2.2, 2° VCRO kunnen relevant zijn voor de realisatie van zorgprojecten, meer bepaald wanneer daarvoor handelingen nodig zijn waarvoor een stedenbouw-kundige vergunning vereist is, zoals het bouwen van nieuwe voorzieningen of het geschikt maken van bestaande constructies voor zorgprojecten door middel van ingrijpende verbouwingen. Het zal echter niet vaak voorkomen dat de bestemming of de voorschriften een hinderpaal zullen vormen voor het verlenen van de vereiste vergunningen. Zorgprojecten die een vorm van wonen betreffen – meer bepaald het mogelijk maken dat ouderen zelfstandig blijven wonen – zijn immers een vorm van wonen, en in zover de plannen een woonbestemming vastleggen, beantwoordt dit soort van wonen aan

die bestemming. De voorschriften die bij een woonbestemming horen, hebben meestal betrekking op de inplanting, afmetingen en volume van de woonconstructies, maar zelden op de binneninrichting. Ook de voorschriften voor de buitenzijde van de constructies zullen doorgaans geen probleem zijn. Zo zal het aanleggen van een helling voor rolstoelgebruikers doorgaans niet verboden zijn (al is het niet uitgesloten door een op het eerste zicht neutraal voorschrift, zoals de verplichting om de voortuin als tuin in te richten).

Er moet verder worden opgemerkt dat de plannen die tot stand zijn gekomen onder de vroegere wetgeving, dat zijn de gewestplannen de gemeentelijke bijzondere plannen van aanleg, van kracht blijven totdat zij vervangen zijn door ruimtelijke uitvoeringsplannen. Om na te gaan welke plannen (met de daarin opgenomen bestemmingen en bijhorende voorschriften) van toepassing zijn op een bepaald perceel, kan men bij de gemeente navraag doen: elke gemeente is verplicht een plannenregister aan te leggen, waarin de van toepassing zijnde plannen perceelsgewijze zijn opgenomen. Er kan nog verder worden dat voor elk perceel minstens een gewestplanbestemming van toepassing is, aangezien de gewestplannen (er zijn er 27 in totaal) het hele grondgebied van het Vlaamse gewest dekken. De gewestplannen kunnen ook rechtstreeks geconsulteerd worden op de site

<http://www.geopunt.be/catalogus/applicationfolder/gewestplan>

Maar ook al is een op een vorm van wonen gericht zorgproject principieel aanvaardbaar in een gebied dat door een plan bestemd is voor de functie wonen, dat belet natuurlijk niet dat wanneer een stedenbouwkundige vergunning voor een dergelijk project wordt aangevraagd, het ook beoordeeld zal moeten worden op zijn verenigbaarheid met de relevante onmiddellijke omgeving. Dat wil zeggen dat een volumineus bouwproject niet zomaar aanvaard kan worden in een gebied waar voornamelijk individuele laagbouw aanwezig is. Maar de overheid mag wel rekening houden met de specifieke kenmerken van een dergelijk project. In een arrest – het betrof weliswaar een voorlopig arrest, geen eindarrest – beoordeelde de Raad van State de klacht dat een rusthuis met kinderdagverblijf een schaalbreuk met de omgeving inhield, als volgt: *“Het bestreden besluit lijkt aldus, rekening houdend met de specifieke functies en behoeften van het vergunde project, geen kennelijk onredelijke beoordeling in te houden van de verenigbaarheid met de goede plaatselijke ordening en van de verenigbaarheid met de onmiddellijke omgeving.”* (Raad van State, 9 maart 2010, nr.201.767, Gildemyn e.a. De verzoekende partijen hebben na het voorlopig arrest de zaak niet verder gezet, zodat de afstand van hun vordering werd vastgesteld bij arrest van 10 september 2010, nr.207.287, Gildemyn e.a.).

Daaruit volgt dat de overheid die vergunningsaanvragen te beoordelen heeft, eens zij heeft vastgesteld dat de aanvraag in overeenstemming is met de stedenbouwkundige bestemming en daarbij horende voorschriften, over een ruime marge van appreciatie beschikt wanneer zij vervolgens moet nagaan of het voorwerp van de aanvraag verenigbaar is met de relevante onmiddellijke omgeving: zelfs een eerder groot project van maatschappelijke zorg kan aanvaardbaar zijn in een residentiële buurt. A fortiori zal de verenigbaarheid met de onmiddellijke omgeving nog gemakkelijker aanvaard kunnen worden voor kleinschalige projecten, zoals het geschikt maken van bestaande woningen in functie van zorgbehoevenden: dergelijke kleinschalige projecten zullen doorgaans perfect verenigbaar zijn met de onmiddellijke omgeving.

1.3 Afwijking van voorschriften

Ook als blijkt dat sommige werken die in het kader van een zorgproject nodig zijn, in strijd komen met voorschriften van een ruimtelijk uitvoeringsplan of van een verkavelingsvergunning, kan een vergunning toch verleend worden als de afwijking bepaalde grenzen niet overschrijdt.

Artikel 4.4.1 VCRO bepaalt daarover het volgende:

“Art. 4.4.1. §1. In een vergunning kunnen, na een openbaar onderzoek, beperkte afwijkingen worden toegestaan op stedenbouwkundige voorschriften en verkavelingsvoorschriften met betrekking tot perceelsafmetingen, de afmetingen en de inplanting van constructies, de dakvorm en de gebruikte materialen.

Afwijkingen kunnen niet worden toegestaan voor wat betreft:

- 1° de bestemming;*
- 2° de maximaal mogelijke vloerterreinindex;*
- 3° het aantal bouwlagen.*

§2. De plaatsing van fotovoltaïsche zonnepanelen of zonneboilers geïntegreerd in het dakvlak wordt niet beschouwd als afwijkend van stedenbouwkundige voorschriften en verkavelingsvoorschriften, tenzij die de plaatsing uitdrukkelijk verbieden.

§3. De volgende zaken worden niet beschouwd als strijdig met voorschriften van het gewestplan, algemene plannen van aanleg, gewestelijke of provinciale ruimtelijke uitvoeringsplannen:

- 1° onderhoudswerken aan een hoofdzakelijk vergunde constructie;*
- 2° handelingen die vrijgesteld zijn van de vergunningsplicht, op voorwaarde dat de op het perceel aanwezige gebouwen of constructies hoofdzakelijk vergund zijn.*

De gemeenteraad kan in een gemeentelijke stedenbouwkundige verordening de lijst vaststellen van de bijzondere plannen van aanleg, gemeentelijke ruimtelijke uitvoeringsplannen en verkavelingsvergunningen, of delen ervan, waarbinnen de volgende zaken niet worden beschouwd als strijdig met de voorschriften:

- 1° onderhoudswerken aan een hoofdzakelijk vergunde constructie;*
- 2° handelingen die vrijgesteld zijn van de vergunningsplicht, op voorwaarde dat de op het perceel aanwezige gebouwen of constructies hoofdzakelijk vergund zijn.*

Behoudens de onderhoudswerken vermeld in het eerste en tweede lid, worden niet-vergunningsplichtige handelingen niet beschouwd als strijdig met de voorschriften van het gewestplan, de algemene plannen van aanleg, gewestelijke of provinciale ruimtelijke uitvoeringsplannen, noch met de voorschriften van bijzondere plannen van aanleg, gemeentelijke ruimtelijke uitvoeringsplannen en verkavelingsvergunningen.”

1.4 Zonevreemde woningen en constructies

Ook als een woning of constructie gelegen is in een gebied dat volgens het of de toepasselijke plannen een bestemming heeft waarmee de bestemming van de woning of constructie niet verenigbaar is – dat zijn de zogenaamde zonevreemde woningen en constructies, bijvoorbeeld een woning gelegen in een agrarisch gebied of in een parkgebied -, dan betekent dat niet noodzakelijk dat de woning en constructie als zodanig, en het gebruik dat ervan gemaakt wordt, onwettelijk is. Het is perfect mogelijk dat een woning werd opgericht op grond van een verleende vergunning, en dat de woning pas later werd

opgenomen in een plan dat aan dat gebied een andere bestemming geeft. Zo kan bijvoorbeeld een woning gebouwd zijn op grond van een vergunning die verleend werd in 1965, op een ogenblik dat er geen enkel ruimtelijk plan bestond voor dat gebied. Als later het gewestplan (het eerste gewestplan werd vastgesteld in 1976) aan dat gebied de bestemming “agrarisch gebied” heeft gegeven, dan werd die woning daardoor niet onwettelijk, en hoefde de bewoners ook geen einde te stellen aan de bewoning. Anderzijds is het natuurlijk ook mogelijk dat een woning gebouwd werd zonder vergunning, op een ogenblik dat er wel al een ruimtelijk plan van toepassing was, en dat het ruimtelijk plan voor dat gebied een bestemming oplegde waar woningen niet toegelaten waren. Het zal dus wel duidelijk zijn dat woningen, en bij uitbreiding andere constructies, waarvan de bestemming niet in overeenstemming is met de bestemming van het van toepassing zijnde ruimtelijke plan, mogelijk wel maar mogelijk ook niet onwettelijk zijn opgericht.

De wetgever heeft rekening gehouden met het feit dat woningen (en andere constructies) waarvan de bestemming niet in overeenstemming is met de bestemming van het van toepassing zijnde ruimtelijke plan, toch wettelijk zijn. Daarbij heeft de wetgever gesteld dat een woning wettelijk is als ze (1) is opgericht op grond van een vergunning, (2) werd opgericht voor 29 maart 1962, dat is de datum van de wet betreffende de ruimtelijke ordening en de stedenbouw, of (3) werd opgericht na 29 maart 1962 maar voor de eerste vaststelling van het betrokken gewestplan (dat is, afhankelijk van het gewestplan, in de periode 1976-1980), maar dan op voorwaarde dat er geen proces-verbaal werd opgesteld of een niet-anonieme klacht werd ingediend binnen het jaar van de oprichting van de woning of constructie wegens een bouwovertreiding.

Voor die drie gevallen gelden de zogenaamde basisrechten voor zonevreemde woningen en constructies.

Die rechten worden als volgt bepaald in de VCRO:

“Art. 4.4.10. §1. Deze afdeling is van toepassing op vergunningsaanvragen die betrekking hebben op hoofdzakelijk vergunde en niet verkrotte zonevreemde constructies, met uitzondering van publiciteitsinrichtingen of uithangborden.

Het voldoen aan de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, wordt beoordeeld op het ogenblik van de eerste vergunningsaanvraag tot verbouwen, herbouwen of uitbreiden, of, in de gevallen, vermeld in onderafdeling 3 en 4, op de vooravond van de afbraak, de vernietiging of de beschadiging.

§2. De basisrechten van deze afdeling zijn van toepassing in gebieden, geordend door een ruimtelijk uitvoeringsplan of een plan van aanleg.

Een ruimtelijk uitvoeringsplan kan de basisrechten van deze afdeling aanvullen en uitbreiden. Dergelijk plan kan evenwel ook strengere voorwaarden bepalen op het vlak van de maximaal toegelaten volumes bij herbouw.

Sectie 1. Bestaande zonevreemde woningen

Subsectie 1. Verbouwen

Art. 4.4.12. In alle bestemmingsgebieden geldt dat de vigerende bestemmingsvoorschriften op zichzelf geen weigeringsgrond vormen bij de beoordeling van een aanvraag voor een stedenbouwkundige vergunning voor het verbouwen van een bestaande zonevreemde woning, op voorwaarde dat het aantal woonegelegenheden beperkt blijft tot het bestaande aantal.

Subsectie 2. Herbouwen op dezelfde plaats

Art. 4.4.13. §1. De vigerende bestemmingsvoorschriften vormen op zichzelf geen weigeringsgrond bij de beoordeling van een aanvraag voor een stedenbouwkundige vergunning voor het herbouwen van een bestaande zonevreemde woning op dezelfde plaats, op voorwaarde dat het aantal woongelegenheden beperkt blijft tot het bestaande aantal.

Als het bestaande bouwvolume meer dan 1.000 m³ bedraagt, is het maximale volume van de herbouwde woning beperkt tot 1.000 m³.

§2. Voor de toepassing van §1, eerste lid, is sprake van een herbouw op dezelfde plaats indien de nieuwe woning ten minste drie kwart van de bestaande woonoppervlakte overlapt. De bestaande woonoppervlakte sluit zowel de oppervlakte van het hoofdgebouw in als deze van de fysisch aansluitende aanhorigheden die in bouwtechnisch opzicht een rechtstreekse aansluiting of steun vinden bij het hoofdgebouw.

§3. De mogelijkheden, vermeld in §1, gelden niet in:

- 1° ruimtelijk kwetsbare gebieden, met uitzondering van parkgebieden;*
- 2° recreatiegebieden, zijnde de als dusdanig door een plan van aanleg aangewezen gebieden, en de gebieden, geordend door een ruimtelijk uitvoeringsplan, die onder de categorie van gebiedsaanduiding "recreatie" sorteren.*

Subsectie 3. Herbouwen op een gewijzigde plaats

Art. 4.4.14. §1. De vigerende bestemmingsvoorschriften vormen op zichzelf geen weigeringsgrond bij de beoordeling van een aanvraag voor een stedenbouwkundige vergunning voor het herbouwen van een bestaande zonevreemde woning op een gewijzigde plaats, op voorwaarde dat voldaan is aan alle hiernavolgende vereisten:

- 1° het aantal woongelegenheden blijft beperkt tot het bestaande aantal;*
- 2° voor het herbouwen is ten minste één van volgende oorzaken aanwijsbaar:*
 - a) de woning is getroffen door een rooilijn,*
 - b) de woning bevindt zich in een achteruitbouwzone,*
 - c) de verplaatsing volgt uit redenen van een goede ruimtelijke ordening, en wordt door de aanvrager uitdrukkelijk gemotiveerd vanuit een betere integratie in de omgeving, een betere terreinbezetting of een kwalitatief concept;*
- 3° ten minste één van volgende voorwaarden is vervuld:*
 - a) de herbouwde woning krijgt dezelfde voorbouwlijn als de dichtstbijzijnde constructie,*
 - b) de nieuwe toestand levert een betere plaatselijke aanleg op, en richt zich op de omgevende bebouwing of plaatselijk courante inplantingswijzen.*

Als het bestaande bouwvolume meer dan 1.000 m³ bedraagt, is het maximale volume van de herbouwde woning beperkt tot 1.000 m³.

§2. De mogelijkheden, vermeld in §1, gelden niet in:

- 1° ruimtelijk kwetsbare gebieden, met uitzondering van parkgebieden;*
- 2° recreatiegebieden, zijnde de als dusdanig door een plan van aanleg aangewezen gebieden, en de gebieden, geordend door een ruimtelijk uitvoeringsplan, die onder de categorie van gebiedsaanduiding "recreatie" sorteren.*

Subsectie 4. Uitbreiden

Art. 4.4.15. Het uitbreiden van een bestaande zonevreemde woning is vergunbaar, voor zover het bouwvolume beperkt blijft tot ten hoogste 1.000 m³ en op voorwaarde dat het aantal woonegelegenheden beperkt blijft tot het bestaande aantal.

De mogelijkheden, vermeld in het eerste lid, gelden niet in:

- 1° ruimtelijk kwetsbare gebieden, met uitzondering van parkgebieden;*
- 2° recreatiegebieden, zijnde de als dusdanig door een plan van aanleg aangewezen gebieden, en de gebieden, geordend door een ruimtelijk uitvoeringsplan, die onder de categorie van gebiedsaanduiding "recreatie" sorteren."*

1.5 Stedenbouwkundige verordeningen

Artikel 2.3.1 VCRO bepaalt het volgende over stedenbouwkundige verordeningen:

“De Vlaamse Regering kan gewestelijke stedenbouwkundige verordeningen vaststellen voor een deel van of voor het hele gewest. Die verordeningen bevatten de nodige stedenbouwkundige voorschriften om te zorgen voor:

- 1° de gezondheid, de instandhouding, de stevigheid, de fraaiheid en de esthetische waarde van de bouwwerken, de installaties en hun omgeving, en ook hun veiligheid, met name de beveiliging tegen brand en overstroming;*
- 2° de thermische en akoestische kwaliteit van de bouwwerken, de energiebesparingen en de energierugwinning, de uitbouw van collectieve energievoorzieningen waarop desgevallend verplicht moet worden aangesloten;*
- 3° de instandhouding, de gezondheid, de veiligheid, de bruikbaarheid en de schoonheid van de wegen, de toegangen en de omgeving ervan, evenals het ruimtelijk waarborgen van een adequate mobiliteit;*
- 4° de aanleg van voorzieningen, met name de water, gas en elektriciteitsvoorziening, de verwarming, de telecommunicatie, de opvang van afvalwater en regenwater, de afvalophaling en de windmolens;*
- 5° de bewoonbaarheid van de woningen;*
- 6° het verbieden van werken waarvoor een stedenbouwkundige vergunning vereist is op bepaalde uren en dagen met het oog op het behoud van de leefkwaliteit en de doorgang van het langzaam verkeer;*
- 7° de toegang voor personen met een functiebeperking tot al dan niet bebouwde onroerende goederen of delen ervan toegankelijk voor het publiek, tot installaties en wegen;*
- 8° de gebruiksveiligheid van een goed dat toegankelijk is voor het publiek;*
- 9° de maatregelen inzake het ruimtelijk begrenzen van milieuhinder en het waarborgen van een adequate waterhuishouding;*
- 10° de aanleg van groen en beplantingen;*
- 11° de bewerkstelling van een vermenging van kavels, woningen en woonvoorzieningen die tegemoetkomen aan de behoeften van diverse maatschappelijke groepen, met dien verstande dat voorschriften betreffende de creatie van een bescheiden woonaanbod opgenomen worden in bijzondere stedenbouwkundige verordeningen, onder de voorwaarden, vermeld in boek 4, titel 2, hoofdstuk 1, afdeling 1, van het decreet van 27 maart 2009 betreffende het grond- en pandenbeleid;*
- 12° de versterking van de leefbaarheid en de aantrekkingskracht van steden en dorpskernen.*

Die stedenbouwkundige verordeningen kunnen betrekking hebben op de bouwwerken en installaties boven en onder de grond, op de publiciteitsinrichtingen, de antennes, de leidingen, de afsluitingen, de opslagplaatsen, de onbebouwde terreinen, de wijziging van het reliëf van de bodem, en de inrichting van

ruimten ten behoeve van het verkeer en het parkeren van voertuigen buiten de openbare weg.

De stedenbouwkundige verordeningen kunnen:

- 1° functiewijzigingen die in beginsel toegelaten zijn, uitsluiten, of aan dergelijke functiewijzigingen voorwaarden verbinden;*
- 2° het wijzigen van het aantal wooneenheden in een gebouw regelen;*
- 3° normen bevatten betreffende de oppervlakte van functies en de afmetingen van gebouwen en constructies.*

De stedenbouwkundige verordeningen bevatten voorschriften van stedenbouwkundige aard en moeten in overeenstemming zijn met de bestaande regelgeving voor de materie in kwestie.”

Voor wat betreft hun grondgebied kunnen provincies en gemeenten stedenbouwkundige verordeningen aannemen die op materies betrekking hebben vermeld in artikel 2.3.1 VCRO.

Voor wat betreft projecten van maatschappelijk zorg kunnen gemeentelijke verordeningen van belang zijn. Doorgaans zijn de voorschriften van een verordening zeer gedetailleerd, zodat ook kleine projecten ermee te maken kunnen hebben, en dus pas vergunbaar zijn als ze met die voorschriften in overeenstemming zijn. Er mag worden opgemerkt dat verordeningen ook positief kunnen zijn voor de realisatie van zorgprojecten: artikel 3.2.1, 7° bepaalt dat verordeningen ook voorschriften kunnen bevatten betreffende de toegang voor personen met een functiebeperking tot al dan niet bebouwde onroerende goederen of delen ervan die toegankelijk zijn voor het publiek, tot installaties en wegen.

2 Vergunningen en meldingen

2.1 Vergunningen

Voor het beantwoorden van de vraag of voor een project van maatschappelijke zorg een vergunning vereist is, is van belang wat artikel 4.2.1 VCRO, 1°, 5° en 7° bepaalt:

“Niemand mag zonder voorafgaande stedenbouwkundige vergunning:

1° de hiernavolgende bouwwerken verrichten, met uitzondering van onderhoudswerken:

- a) het optrekken of plaatsen van een constructie,*
- b) het functioneel samenbrengen van materialen waardoor een constructie ontstaat,*
- c) het afbreken, herbouwen, verbouwen en uitbreiden van een constructie;*

....

6° de hoofdfunctie van een bebouwd onroerend goed geheel of gedeeltelijk wijzigen, [indien de Vlaamse Regering deze functiewijziging als vergunningsplichtig heeft aangemerkt;](#)

7° een woning opsplitsen of in een gebouw het aantal wooneenheden die hoofdzakelijk bestemd zijn voor de huisvesting van een gezin of een alleenstaande wijzigen, ongeacht of het gaat om een eengezinswoning, een etagewoning, een flatgebouw, een studio of een al dan niet gemeubileerde kamer;
“

Het verrichten van bouwwerken is vergunningplichtig, behalve (1) werken van instandhouding en onderhoud – dat volgt rechtstreeks uit artikel 4.2.1 – en (2) werken die door een besluit van de Vlaamse regering van vergunning zijn vrijgesteld. De huidige tekst van het besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot bepaling van handelingen waarvoor geen stedenbouwkundige vergunning nodig is stelt voor wat betreft woningen het volgende:

“Hoofdstuk 2. Handelingen in, aan en bij woningen

Art. 2.1. Een stedenbouwkundige vergunning is niet nodig voor de volgende handelingen:
1° gebruikelijke ondergrondse constructies als ze niet voor de rooilijn of in een achteruitbouwstrook liggen;

2° handelingen zonder stabiliteitswerken en zonder wijziging van het fysiek bouwvolume aan zijgevels, achtergevels en daken;

3° zonnepanelen of zonneboilers op een plat dak, tot maximaal 1 meter boven de dakrand, en zonnepanelen of zonneboilers die geïntegreerd zijn in het hellende dakvlak;

4° binnenverbouwingen zonder stabiliteitswerken;

5° afsluitingen tot een hoogte van twee meter in de zijtuin en achtertuin;

6° open afsluitingen tot een hoogte van twee meter in de voortuin;

7° gesloten afsluitingen tot een hoogte van 1 meter in de voortuin;

8° niet-overdekte constructies tot maximaal 80 vierkante meter per goed, met inbegrip van alle bestaande niet-overdekte constructies in zijtuin en achtertuin voor zover ze worden geplaatst op minstens 1 meter van de perceelsgrenzen of tot tegen een bestaande scheidingsmuur op de perceelsgrens;

9° de strikt noodzakelijke toegangen tot en opritten naar het gebouw of de gebouwen;

10° de plaatsing van allerlei kleine tuinconstructies zoals tuinornamenten, brievenbussen, barbecues en speeltoestellen;

11° van het hoofdgebouw vrijstaande niet voor verblijf bestemde bijgebouwen, met inbegrip van carports, in de zijtuin tot op 3 meter van de perceelsgrenzen of in de achtertuin tot op 1 meter van de perceelsgrenzen. De vrijstaande bijgebouwen kunnen in de achtertuin ook op of tegen de perceelsgrens geplaatst worden als ze tegen een bestaande scheidingsmuur opgericht worden en als de bestaande scheidingsmuur niet gewijzigd wordt. De totale oppervlakte blijft beperkt tot maximaal 40 vierkante meter per goed, met inbegrip van alle bestaande vrijstaande bijgebouwen. De maximale hoogte is beperkt tot 3,5 meter;

12° het opslaan van allerlei bij de woning horende materialen en materieel met een totaal maximaal volume van 10 kubieke meter, niet zichtbaar vanaf de openbare weg;

13° het plaatsen van één verplaatsbare inrichting die voor bewoning kan worden gebruikt, zoals één woonwagen, kampeerwagen of tent, niet zichtbaar vanaf de openbare weg, zonder er effectief te wonen.

Art. 2.2. De vrijstelling, vermeld in artikel 2.1, geldt alleen als de handelingen voldoen aan al de volgende voorwaarden:

1° ze worden volledig uitgevoerd binnen een straal van 30 meter van een hoofdzakelijk vergunde of vergund geachte woning;

2° er wordt geen vergunningsplichtige functiewijziging doorgevoerd;

3° het aantal woongelegenheden blijft ongewijzigd;

4° de handelingen zijn niet gesitueerd in een afgebakende oeverzone als vermeld in artikel 3, § 2, 43°, van het decreet van 18 juli 2003 betreffende het integraal waterbeleid, noch in de 5 meter brede strook, te rekenen vanaf de bovenste rand van het talud van ingedeelde onbevaarbare en bevaarbare waterlopen;

5° de handelingen, vermeld in art. 2.1, 8°, 11°, 12° en 13° zijn niet gesitueerd in ruimtelijk kwetsbaar gebied, met uitzondering van parkgebied.”

Te noteren valt dat het slopen van dragende muren (en het vervangen daarvan door steunbalken) de stabiliteit van het gebouw betreft, en dus niet onder de vrijstelling valt.

2.2 Meldingen

Sommige werken die niet van vergunning zijn vrijgesteld, hoeven slechts *gemeld* te worden aan de gemeente. Voor wat betreft woningen gaat het om de werken opgesomd in de artikels 2 tot 4 van het besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 betreffende de meldingsplichtige handelingen ter uitvoering van de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening:

“Art. 2.

Voor handelingen met stabiliteitswerken die uitgevoerd worden binnen in hoofdzakelijk vergunde of vergund geachte gebouwen, wordt de vergunningsplicht vervangen door een verplichte melding als aan de volgende voorwaarden voldaan is:

1° er wordt geen vergunningsplichtige functiewijziging doorgevoerd;

2° het aantal woongelegenheden blijft ongewijzigd.

Art. 3.

Voor handelingen met stabiliteitswerken die uitgevoerd worden aan zijgevels, achtergevels en daken van hoofdzakelijk vergunde of vergund geachte gebouwen, wordt de vergunningsplicht vervangen door een verplichte melding als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

1° er wordt geen vergunningsplichtige functiewijziging doorgevoerd;

2° het aantal woongelegenheden blijft ongewijzigd;

3° het fysiek bouwvolume en bouwoppervlakte blijven ongewijzigd.

Art. 4.

Voor de oprichting van bijgebouwen die aangebouwd zijn aan de hoofdzakelijk vergunde of vergund geachte woning, wordt de vergunningsplicht vervangen door een verplichte melding als aan de volgende voorwaarden voldaan is.

1° er wordt geen vergunningsplichtige functiewijziging doorgevoerd;

2° het aantal wooneenheden blijft ongewijzigd;

3° de totale oppervlakte van de bestaande en de op te richten aangebouwde bijgebouwen bedraagt maximaal 40 vierkante meter;

4° de gebouwen worden geplaatst in de zijtuin tot op 3 meter van de perceelsgrenzen of in de achtertuin tot op 2 meter van de perceelsgrenzen;

5° de hoogte is beperkt tot 4 meter.

In afwijking van het eerste lid, 4°, mag, als het hoofdgebouw is opgetrokken op of tegen de perceelsgrens, het aangebouwde bijgebouw ook opgetrokken worden op of tegen de perceelsgrens, tegen een bestaand aanpalend gebouw, als de bestaande scheidingsmuur niet gewijzigd wordt. De bouwdiepte van het nieuw op te richten aangebouwde bijgebouw overschrijdt de bouwdiepte van het aanpalende gebouw niet; Voor de toepassing van dit artikel worden als bijgebouwen beschouwd: de fysiek aansluitende aanhorigheden die in bouwtechnisch opzicht een rechtstreekse aansluiting of steun vinden bij het hoofdgebouw.”

Te noteren is dat recent de meldingsprocedure grondig werd gewijzigd. Daar waar vroeger het college van burgemeester en schepenen alleen maar akte kon nemen van de melding, en de melding dus niet kon weigeren, heeft die instantie, ingevolge het decreet van 18 december 2015, nu de taak om na te gaan of de werken niet meldingsplichtig of verboden zijn. Als dat het geval is, wordt aan de melding geen gevolg gegeven. De gemeente kan ook voorwaarden opleggen. Tenslotte, als de gemeente akte neemt van de melding, kan elke belanghebbende derde die het daar niet mee eens is, de aktenaam aanvechten bij de Raad voor Vergunningsbetwistingen. Omgekeerd kan de persoon die de melding doet, en aan wie de gemeente de aktenaam weigert (wegens verboden of niet meldingsplichtig) die weigering eveneens aanvechten bij de Raad voor Vergunningsbetwistingen.

3 Zorgwonen

Zorgwonen wordt in artikel 4.1.1, 18° als volgt gedefinieerd:

“zorgwonen: een vorm van wonen waarbij voldaan is aan alle hiernavolgende voorwaarden:

- a) in een bestaande woning wordt één ondergeschikte wooneenheid gecreëerd,*
- b) de ondergeschikte wooneenheid vormt één fysiek geheel met de hoofdwooneenheid,*
- c) de ondergeschikte wooneenheid, daaronder niet begrepen de met de hoofdwooneenheid gedeelde ruimten, maakt ten hoogste één derde uit van het bouwvolume van de volledige woning,*

d) de creatie van de ondergeschikte wooneenheid gebeurt met het oog op het huisvesten van:

- 1) hetzij ten hoogste twee personen van 65 jaar of ouder,*
- 2) hetzij ten hoogste twee hulpbehoevende personen, zijnde personen met een handicap, personen die in aanmerking komen voor een tenlasteneming door de Vlaamse*

zorgverzekering, alsmede personen met een nood aan ondersteuning om zich in het thuismilieu te kunnen handhaven,

- 3) *hetzij de zorgverlener indien de personen, vermeld in punt 1 of 2, gehuisvest blijven in de hoofdwooneenheid.*

e) de eigendom, of ten minste de blote eigendom, op de hoofd- en de ondergeschikte wooneenheid berust bij dezelfde titularis of titularissen. “

Artikel 4.2.4 VCRO bevat een specifieke regeling voor zorgwonen. Het inrichten van een zorgwoning, dat bijna steeds gepaard zal gaan met het uitvoeren van een aantal werken, en dat in ieder geval tot gevolg heeft dat er een woongelegenheid bij komt (wat vergunningsplichtig is op grond van artikel 4.2.1, 7 VCRO) moet alleen maar gemeld worden aan de gemeente.

De tekst luidt als volgt:

“Subsectie 2. Bijzonderheden inzake zorgwonen

Art. 4.2.4.

§1. In zoverre de verwezenlijking van een ondergeschikte wooneenheid met het oog op de creatie van een vorm van zorgwonen vergunningsplichtig is, wordt deze vergunningsplicht van rechtswege omgezet in een meldingsplicht, op voorwaarde dat de ondergeschikte wooneenheid verwezenlijkt wordt binnen het bestaande bouwvolume van de woning.

Het beëindigen van de zorgsituatie, vermeld in artikel 4.1.1, 18°, d), is eveneens meldingsplichtig.

§2. Indien een bestaande zorgwoning, na het beëindigen van de zorgsituatie, aangewend zal worden voor de huisvesting van meerdere gezinnen of alleenstaanden, is daartoe een voorafgaande stedenbouwkundige vergunning voor het opsplitsen van een woning vereist.”

Te noteren valt dat deze regeling strikt gebonden is aan de zorgtoestand. Na het vertrek van de zorgbehoevende(n) (door verhuis of overlijden) mag de zorgwoning niet als zelfstandige woongelegenheid gehandhaafd worden, tenzij daar vooralsnog een “echte” vergunning verkregen wordt. Het moet wel gaan om een definitief vertrek van de zorgbehoevende(n). Bij een tijdelijk verblijf in een ziekenhuis is dat niet het geval, en ook een opname in een gespecialiseerd zorgcentrum hoeft niet van meet af aan definitief te zijn.

4 Het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap van 13 december 2006

Dit verdrag werd na instemming van het Vlaams parlement op 8 mei 2009, door het federaal parlement geratificeerd op 2 juli 2009.

Uit de preambule van dit Verdrag, dat dus ook in het Vlaamse Gewest van toepassing is, blijken onder meer de volgende doelstellingen en bekommernissen:

“....

h. Tevens erkennend dat discriminatie van iedere persoon op grond van handicap een schending vormt van de inherente waardigheid en waarde van de mens,

...

j. De noodzaak erkennend de mensenrechten van alle personen met een handicap, met inbegrip van hen die intensievere ondersteuning behoeven, te bevorderen en beschermen;

k. Bezorgd over het feit dat personen met een handicap ondanks deze uiteenlopende instrumenten en initiatieven overal ter wereld nog steeds geconfronteerd worden met obstakels die hun participatie in de samenleving als gelijkwaardige leden belemmeren, alsmede met schendingen van hun mensenrechten;

...

n. Het belang voor personen met een handicap erkennend van individuele autonomie en onafhankelijkheid, met inbegrip van de vrijheid hun eigen keuzes te maken;

....

v. De noodzaak erkennend van een toegankelijke fysieke, sociale, economische en culturele omgeving, de toegang tot gezondheidszorg, onderwijs en tot informatie en communicatie, teneinde personen met een handicap in staat te stellen alle mensenrechten en fundamentele vrijheden ten volle te genieten,

w. Beseffend dat mensen, die verantwoordelijkheid dragen tegenover hun medemensen en de gemeenschap waartoe zij behoren, verplicht zijn te streven naar de bevordering en eerbiediging van de rechten die erkend worden in het Internationaal Statuut van de Rechten van Mens;

x. Ervan overtuigd dat het gezin de natuurlijke hoeksteen van de samenleving vormt en recht heeft op bescherming door de samenleving en de Staat en dat personen met een handicap en hun gezinsleden de nodige bescherming en ondersteuning dienen te ontvangen, teneinde hun gezinnen in staat te stellen bij te dragen aan het volledige genot van de rechten van personen met een handicap en wel op voet van gelijkheid met anderen”.

4.1 Relevante bepalingen van het Verdrag

Artikel 1 van dit Verdrag luidt als volgt;

“Artikel 1

Doelstelling

Doel van dit Verdrag is het volledige genot door alle personen met een handicap van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op voet van gelijkheid te bevorderen, beschermen en waarborgen, en ook de eerbiediging van hun inherente waardigheid te bevorderen. Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.”

De algemene beginselen van dit Verdrag worden opgesomd in artikel 3:

“Artikel 3

Algemene beginselen

De grondbeginselen van dit Verdrag zijn:

- a. Respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen;*
- b. Non-discriminatie;*
- c. Volledige en daadwerkelijke participatie in, en opname in de samenleving;*
- d. Respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit;*

- e. *Gelijke kansen;*
- f. *Toegankelijkheid;*
- g. *Gelijkheid van man en vrouw;*
- h. *Respect voor de zich ontwikkelende mogelijkheden van kinderen met een handicap en eerbiediging van het recht van kinderen met een handicap op het behoud van hun eigen identiteit."*

De verplichtingen van de Staten, en dus ook van het Vlaams Gewest zoals blijkt uit artikel 4.5., zijn onder meer de volgende:

"Algemene verplichtingen

1. *De Staten die Partij zijn verplichten zich te waarborgen en bevorderen dat alle personen met een handicap zonder enige vorm van discriminatie op grond van hun handicap ten volle alle mensenrechten en fundamentele vrijheden kunnen uitoefenen. Hiertoe verplichten de Staten die Partij zijn zich:*
 - a. *tot het aannemen van alle relevante wetgevende, administratieve en andere maatregelen voor de tenuitvoerlegging van de rechten die in dit Verdrag erkend worden;*
 - b. *tot het nemen van alle relevante maatregelen, met inbegrip van wetgeving, teneinde bestaande wetten, voorschriften, gebruiken en praktijken aan te passen, of af te schaffen die discriminatie vormen van personen met een handicap;*
 - c. *bij al hun beleid en programma's rekenschap te geven van de bescherming en bevordering van de mensenrechten van personen met een handicap;*
 - d. *te onthouden van elke handeling of praktijk die onverenigbaar is met dit Verdrag en te waarborgen dat de overheid en de overheidsinstellingen handelen in overeenstemming met dit Verdrag;*
 - e. *tot het nemen van alle passende maatregelen om discriminatie op grond van een handicap door personen, organisaties of particuliere ondernemingen uit te bannen;*

....

1. *De bepalingen van dit Verdrag strekken zich zonder beperking of uitzondering uit tot alle delen van federale Staten."*

Voorts zijn van belang de artikels 22 en 23 (deels):

"Artikel 22 Eerbiediging van het privéleven

1. *Geen enkele persoon met een handicap zal, ongeacht zijn of haar woonplaats of woonsituatie, worden blootgesteld aan willekeurige of onrechtmatige inmenging in zijn of haar privéleven, gezinsleven, woning of correspondentie, of andere vormen van communicatie, of aan onrechtmatige aantasting van zijn of haar eer en reputatie. Personen met een handicap hebben recht op wettelijke bescherming tegen dergelijke vormen van inmenging of aantasting.*

2. *De Staten die Partij zijn beschermen het privéleven van personen met een handicap met betrekking tot persoonsgegevens en informatie omtrent hun gezondheid en revalidatie op voet van gelijkheid met anderen.*

Artikel 23 Eerbiediging van de woning en het gezinsleven

....

5. *De Staten die Partij zijn stellen alles in het werk om, indien de naaste familieleden niet in staat zijn voor een kind met een handicap te zorgen, alternatieve zorg te bewerkstelligen binnen de ruimere familiekring en bij ontbreken daarvan in een gezinsvervangend verband binnen de gemeenschap"*

4.2 Impact van het Verdrag op de ruimtelijke ordening

Artikel 4.3.4. VCRO bepaalt: “Een vergunning kan worden geweigerd indien uit een verplicht in te winnen advies blijkt dat het aangevraagde onwenselijk is in het licht van doelstellingen of zorgplichten die gehanteerd worden binnen andere beleidsvelden dan de ruimtelijke ordening.

Voor de toepassing van het eerste lid wordt onder “doelstellingen of zorgplichten” verstaan: internationaalrechtelijke, Europeesrechtelijke, wetskrachtige, reglementaire of beschikkende bepalingen die de overheid bij de uitvoering of de interpretatie van de regelgeving of het voeren van een beleid verplichten tot de inachtneming van een bepaalde doelstelling of van bepaalde voorzorgen, zonder dat deze op zichzelf beschouwd voldoende juridisch duidelijk zijn om onmiddellijk te kunnen worden uitgevoerd.”

Het Verdrag valt onder dit artikel. Weliswaar handelt dit artikel over weigeringsgronden, maar het is in rechte niet aanvaardbaar dat de in dit artikel genoemde rechtsregels alleen maar tot weigering zouden kunnen leiden, en niet evenzeer tot ondersteuning van een vergunning. Een dergelijk juridisch eenrichtingsverkeer is simpelweg niet aanvaardbaar, omdat het strijd met een van de fundamentele beginselen van met name het internationaal recht, dat het integraal, dus zowel positief als negatief, toegepast moet worden.

In ieder geval zal elke overheid, ook bij het opstellen van ruimtelijke uitvoeringsplannen en stedenbouwkundige verordeningen, rekening moeten houden met dit Verdrag, wat betekent dat de bestemmingen en voorschriften niet in de weg mogen staan van de zorg van personen met een beperking.

5 Samenvatting

- a. Als vermaatschappelijking van de zorg betrekking heeft op bestaande gebouwen en woningen, zal de regelgeving in verband met de ruimtelijke ordening meestal geen probleem opleveren om de op die zorg gerichte projecten te realiseren. Deze gebouwen en woningen zullen doorgaans een bestemming hebben die in overeenstemming is met de bestemming die het of de betrokken plannen geven aan het gebied waar het gebouw of woning gelegen is. Die bestemming zal in het merendeel van de gevallen een vorm van wonen zijn, en vermaatschappelijking van de zorg wijzigt die bestemming niet. Voor zover de werken die nodig zijn om de vermaatschappelijking van de zorg te realiseren een stedenbouwkundige vergunning of melding behoeven, zal er dus vanuit de bestemming die planmatig is opgelegd, geen probleem rijzen. Het kan evenwel gebeuren dat de specifieke voorschriften van een ruimtelijk uitvoeringsplan of stedenbouwkundige verordening een obstakel vormen voor het uitvoeren van bepaalde werken die nodig zijn in het kader van een zorgproject. Ook in die gevallen kan een op grond van de VCRO een afwijkende vergunning worden verleend, voor zover de afwijking beperkt blijft.
- b. Ook al zijn er in de overgrote meerderheid van de gevallen geen problemen inzake ruimtelijke bestemming, toch zal elke aanvraag voor een vergunning getoetst moeten worden op haar verenigbaarheid met de onmiddellijke omgeving. Ook die toets zal voor de kleine projecten doorgaans geen probleem opleveren. Zelfs voor grotere projecten, waarvan de impact op de omgeving groter is, mag de overheid rekening houden met de specifieke functies en behoeften van het project, wat impliceert dat het als verenigbaar met de onmiddellijke omgeving kan worden

beoordeeld, ook al is die omgeving overwegend residentieel. Voor kleinere projecten zal die toets verhoudingsgewijs nog gemakkelijker tot een positief resultaat leiden.

- c. Wanneer een gebouw of woning gelegen is in een gebied waarvan de planmatige bestemming niet in overeenstemming is met de bestemming van het gebouw of de woning, zullen de werken die nodig zijn in het kader van een zorgproject vergund kunnen worden op grond van de basisrechten die de VCRO toekent aan zonevreemde woningen en gebouwen. Er gelden dan wel bepaalde voorwaarden. De belangrijkste is dat het gebouw of de woning, ook al is het zonevreemd, destijds toch met een vergunning werd opgericht, of dat het werd opgericht voor 29 maart 1962 (absoluut vermoeden van vergunning) of voor de inwerkingtreding van het eerste gewestplan (afhankelijk van de streek, voor 1976 of voor 1980; relatief vermoeden van vergunning, in de praktijk meestal ook voldoende).
- d. Voor zorgwonen geldt een specifieke regeling. Als aan de voorwaarden voldaan is, volstaat voor het uitvoeren van de werken en het tot stand brengen van een zorgwoning binnen een bestaande woning een melding aan de gemeente.
- e. Het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap van 13 december 2006 verplicht de overheid bij het opstellen van ruimtelijke uitvoeringsplannen en stedenbouwkundige verordeningen om rekening te houden met de zorgbehoevenden, en de realisatie van zorgprojecten niet alleen niet tegen te werken, maar zelfs te bevorderen. Ook in het kader van het beoordelen van vergunningsaanvragen dient de overheid rekening te houden met dit Verdrag.
- f. Suggestie: deze deelnota is beperkt tot een overzicht van de impact van de regelgeving inzake de ruimtelijke ordening. Zorgprojecten kunnen ook betrekking hebben op gebouwen die vallen onder de regeling van gedwongen mede-eigendom (appartementengebouwen). De regelgeving in dat verband is deels wettelijk vastgelegd (artikel 577bis en volgende Burgerlijk Wetboek), maar grotendeels privaatrechtelijk, in de statuten van de mede-eigendom. De realisatie van zorgprojecten in een appartementengebouw zullen dus getoetst moeten worden aan de geldende statuten. Hoewel elk statuut verschillend is, is het toch interessant om na te gaan of er bepaalde modellen bestaan, en vervolgens te onderzoeken of die modellen zorgprojecten mogelijk of moeilijk maken. Dit verdient een apart onderzoek te worden.

Hoofdstuk 8

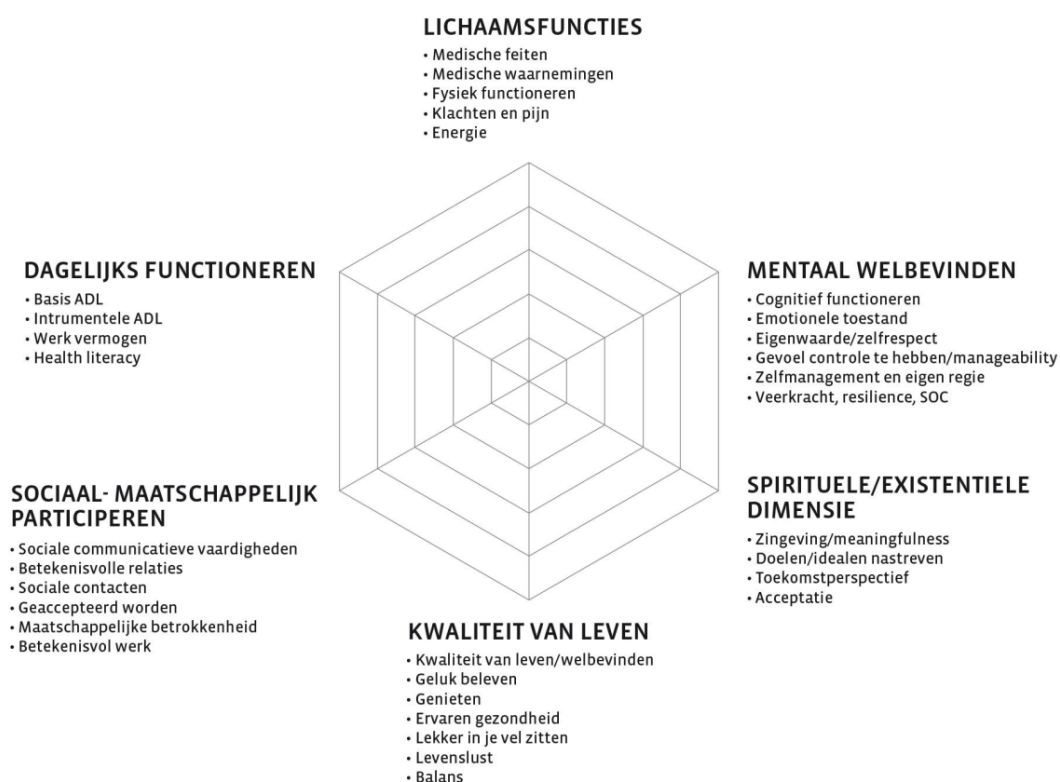
Overzicht van inzichten voor pilootscenario

Dit rapport bevat de verzamelde informatie en kennis die doorheen de looptijd van het project is samengebracht om een oproep voor pilootprojecten te formuleren.

Op basis van de verworven inzichten zouden de pilootprojecten aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

1. Het project houdt rekening met het concept en de dimensies van 'positieve gezondheid' van Huber (2015). Dit impliceert dat het project zich niet enkel richt op het dagelijkse functioneren en de lichaamsfuncties van mensen, maar evenzeer op hun kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en zingeving/behoefes

Figuur 13:



2. Een bijzonder aandachtspunt in het project is de strijd tegen sociaal isolement en vereenzaming. De principes van zorg in de buurt met participatie en co-creatieprincipes en de inrichting van de ruimtelijke omgeving dragen ertoe bij dat mensen sociale contacten ontwikkelen, betekenisvolle sociale rollen opnemen en hierdoor diverse andere aspecten van hun positieve gezondheid kunnen realiseren.

3. Het project biedt maatschappelijk verantwoorde zorg aan of ondersteunt het aanbieden van maatschappelijk verantwoorde zorg.

Overzicht Maatschappelijk Verantwoorde Zorg

Kwaliteit	Performantie	Rechtvaardigheid	Relevantie	Toegankelijkheid
<ul style="list-style-type: none"> • Structurele kwaliteit • Proceskwaliteit • Outcome • Veiligheid • Kwaliteit ervaren door gebruiker • Continuïteit/integratie • Participatie • Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit • Deontologie/privacy • Innovatie • Duurzaamheid • Transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid • Doeltreffendheid • Preventie • Duurzaam ondernemen • Subsidiariteit 	<ul style="list-style-type: none"> • Universaliteit • Proportioneel universalisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Keuzevrijheid: noden/behoefte/vragen • Opportuïteitskost /algemeen belang 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid • Tijdigheid • Bereikbaarheid • Betaalbaarheid • Menselijke waardigheid/integriteit/diversiteit • Toegang informatie • Keuzevrijheid: noden/behoefte/vragen

(SARWGG, 2011)

4. Het project richt zich op en bevordert inclusief burgerschap, ook in het kader van superdiversiteit. Het project doet dit – onder meer – door inclusief design, dat participatie van diverse groepen van burgers aan het maatschappelijk leven in een wijk toelaat.
5. Inclusiviteit impliceert ook betaalbaarheid: het project garandeert betaalbaarheid voor de populatie in de wijk.
6. Het project creëert een actief zorgzame buurt, waar:
- mensen zich thuis voelen, waar ontmoetingsplekken zijn, waar ze sociale contacten hebben,
 - hulp en zorg beschikbaar is voor iedereen die het nodig heeft: ouderen, personen met een handicap, mensen met psychische problemen, kwetsbare groepen,
 - bewoners elkaar helpen, en daar ook in gestimuleerd en ondersteund worden,
 - er voor elke bewoner een aanspreekpunt is voor informatie of hulp,
 - alle mensen die informele of formele hulp en zorg nodig hebben, die ook kunnen krijgen,
 - huisvesting en publieke ruimte zijn aangepast aan ouderen en zorgbehoevenden, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen,
 - professionele hulp- en zorgverstrekkers hun aanbod afstemmen op elkaar, op de noden in de buurt, en op de individuele noden van elke buurtbewoner.

7. Het project richt zich gemeenschapsvorming en stimuleert actief burgerschap en participatie door co-creatie en co-productie.

Alternatief perspectief (De Rynck & Vanloo, 2008)

Sturingsvisie	Decentraal
Beleidskenmerken	Integraal
Perspectief	Vanuit burger
Oplossingsdenken	In partnerschap Potenties centraal
Participatieperspectief	Participatie vanuit burgerperspectief

8. Het project creëert of versterkt een zorgnetwerk onder de professionele zorgorganisaties, bijvoorbeeld gebaseerd op het Chronic Care model. Hierbij beperkt men zich niet tot samenwerkingen binnen zorgsectoren, maar men betreft ook sectoren met betrekking tot andere belangrijke aspecten van het volwaardig burgerschap. Participatie aan bv. arbeid, educatie en vrije tijd en een ruimtelijke inrichting die ontmoeting tussen deze sectoren bevordert krijgen een belangrijke plaats in het project.
9. Het project heeft een netwerkcoördinator met sterke scores op de beschreven kerncompetenties.
10. Het project getuigt van ondernemerschap van de aanvragers bijvoorbeeld door nieuwe financieringskanalen te ontsluiten, door te zoeken naar multifunctionaliteit van de ruimtelijke omgeving en personeel intersectoraal in te zetten.

Literatuurlijst

- Alford, J. (2009). *Engaging Public Sector Clients: From Service-Delivery to Co-Production*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Anthony, W. & Huckshorn, K.A. (2008). *Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation
- Babisch, W. (2008). Road traffic noise and cardiovascular risk. *Noise and Health*, 10(38):27-33.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K.L., Daniel, M., Kestens, Y., Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65(9):1839-52.
- Beyer, K., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Javier Nieto, F., Malecki, K.M. (2014). Exposure to neighborhood green space and mental health: Evidence from the survey of the health of Wisconsin. 11(3):3453-72.
- Bolsenbroek, A. & van Houten, D. (2010). *Werken aan een inclusieve samenleving. Goede praktijken*. Amsterdam: uitgeverij Nelissen.
- Boivard, T. & Löffler, E. (2012). From Engagement to Co-Production: How Users and Communities Contribute to Public Services. In: Pestoff, V., Brandsen, T. & Verschuere, B. (Eds). *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production*. New York, NY: Routledge, pp.35-60.
- CABE (2008) <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110118095356/> <http://www.cabe.org.uk>
- Carlassara V., Lauwers H., Spruytte N., Van Audenhove Ch. (2015). De maatschappelijke relevantie van kleinschalige groepswoningen - Casestudy: Abbeyfield, 69pp: Leuven: LUCAS KU Leuven.
- Charafeddine R. Omgeving, huisvesting en passief roken. In: Charafeddine R, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 4: Fysieke en sociale omgeving. WIV-ISP, Brussel, 2015 https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/HE_NL_2013.pdf
- Cohen, D.A., Mason, K., Bedimo, A., Scribner, R., Basolo, V., Farley, T.A. (2003). Neighborhood physical conditions and health. *American Journal of Public Health*, 93(3):467-71.
- Cohen, D.A., Farley TA, Mason K. (2003). Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. *Social Science and Medicine*; 57(9):1631-41.
- Corburn, J., Osleeb, J., Porter, M. (2006). Urban asthma and the neighbourhood environment in New York City. 12(2):167-79.
- De Rynck F., Vanloo G., (2008). De stad in de wijk. Gebiedsgericht werken in steden en gemeenten. Gebiedsgericht werken: mode of noodzaak? Presentatie Stadscongres Antwerpen. Zie: [http://www.kenniscentrumvlaamsesteden.be/samenwerken/gebiedsgericht/documents/algemene%20inleiding_derynck_vanloo%20\[compatibiliteitsmodus\].pdf](http://www.kenniscentrumvlaamsesteden.be/samenwerken/gebiedsgericht/documents/algemene%20inleiding_derynck_vanloo%20[compatibiliteitsmodus].pdf)
- DeSmet, A., De Jaegere, V., De Coster, I. & Van Audenhove, Ch. (2010). Kerncompetenties van actoren in betere GGZ projecten: beschrijving van de literatuur. Onderzoeksrapport iov FOD volksgezondheid, Leuven: LUCAS KU Leuven.
- De Swaan, A. (1989). 'Medische politie, openbare werken en stedelijke gezondheidszorg.' In: Zorg in de staat. Amsterdam, Pp. 125-149

Dewaele C., De Maeyer J., Reynaert D., Beelen S., Vandeveld S., Meesen D., (2015) Vermaatschappelijking, laveren tussen kansen en bedreigingen. Dossier XL – Sociaal.net <http://sociaal.net/analyse-xl/vermaatschappelijking/>

Duyvendak, J.W., & Hortulanus, R. (1999). *De gedroomde wijk: methoden, mythen en misvattingen in de nieuwe wijkaanpak*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.

Ellaway, A., Morris, G., Curtice, J., Robertson, C., Allardice, G., Robertson, R. (2009). Associations between health and different types of environmental incivility: A Scotland-wide study. 123(11):708-13.

Ellaway, A., MacIntyre, S., Bonnefoy, X. (2005). Graffiti, greenery, and obesity in adults: Secondary analysis of European cross sectional survey. 331(7517):611-2.

Ham, M. en Winsemius A. (2014), 'Wijkaanpak maakt gezonder', interview met prof. Karien Stronks (AMC), in: *Tijdschrift voor sociale vraagstukken*, nr. 1/2014. Zie: www.socialevraagstukken.nl.

Hermans, K., Vranken, R. (2009). *Zorginnovatie in Welzijn - Deel I: Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen*. Leuven: LUCAS.

Hermans, K., Vranken, R. (2010). *Zet je licht op groen voor zorginnovatie - Praktijkboek*. Brussel: Vlaams Welzijnsverbond vzw.

Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health en healthcare and in evaluating health effects of food. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Maastricht.

<http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2014/Thesis%20Machteld%20Huber.pdf>

Huber, M, (2014). *Nieuwe definitie van gezondheid*. Universiteit Maastricht.

<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Main1/SiteWide/SiteWide4/NieuweDefinitieVanGezondheidOntwikkeld1.htm>

Huber, M. (2015). *Wat is positieve gezondheid? Het nieuwe gezondheidsconcept en de uitwerking daarvan*. Praktijkdag 'Regie op je gezondheid' – 7 april 2015

<http://www.activehealthgroup.nl/uploads/Kijken-door-de-bril-van-positieve-gezondheid-Machteld-Huber-Louis-Bolk-Instituut.pdf>

Hustinx, L., Marée, M., De Keyser, L., Verhaeghe, L., Xhaufclair, V. (2015). *Het vrijwilligerswerk in België. Kerncijfers*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

<https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2015/20151019DS>

Jerrett, M., Buzzelli, M., Burnett, R.T., DeLuca, P.F. (2005). Particulate air pollution, social confounders, and mortality in small areas of an industrial city. 60(12):2845-63.

Kalache, A. en Plouffe, L. (2007). Global age friendly cities: a guide. WHO

http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

Werkgroep Jong & Overal Thuis (2016). <http://www.kindengezin.be/img/Eindrapport-jong-en-overal-thuis.pdf>

Werkgroep Jong & Betrokken (2016). <http://www.kindengezin.be/img/eindrapport-jong-en-betrokken.pdf>

Kretzmann, J. & McKnight J, (1993). *Building communities from the inside out*. Evanston IL: Institute for policy research.

ICIC (2015). http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18

Kenniscentrum Woonzorg Brussel. (2012). *Wonen zonder zorg(en), 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Ketenalliantie (2007). *Bouwstenen voor een kader voor 'Kennisdelen in ketens'*. http://www.ketens-netwerken.nl/documents/BouwstenenKaderKennisdelen1nov07_000.pdf

Leys M., Reyntens S. & Gobert M. (2007). Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid. Een literatuuroverzicht en verkenning van internationale en Belgische initiatieven. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

LSE London School of Economics. (2009). *Summary: new pathways to value*. London: LSE.

MacIntyre, S. & Ellaway, A. (2009). Neighborhoods and Health: An Overview. *Neighborhoods and Health*.

Movisie (2015). Het dorp als eigenaar van de zorg. *Movisies* 24 – 15 juli 2015.

Northridge ME, Sclar ED, Biswas P. (2003). Sorting Out the Connections between the Built Environment and Health: A Conceptual Framework for Navigating Pathways and Planning Healthy Cities. *Journal of Urban Health*;80(4):556-68.

Parks, R.B. et al. (1981). "Consumers as co-Producers of public services: some economic and institutional considerations". *Policy Studies Journal*, 9(7): 1001-1011.

SARWGG: de Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg (nr. 4535, dd. 24/02/2011). Zie: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg> en Visienota integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen (nr. 8062, dd. 07/12/2012). Zie: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-vlaanderen>

Schulz A, Northridge ME. Social determinants of health and environmental health promotion. *Health Education & Behavior*, 2004, Vol.31(4), p.455-471.

Spruytte, N., De Coster, I., Vermeulen, B., Van Eenoo, L., Declercq, A. & Van Audenhove Ch. (2013). Anders ouder worden: eindrapport. LUCAS KU Leuven i.o.v. Cera.

Tambuyzer, E. & Van Audenhove, Ch. (2010). Service User and Family Carer Involvement in Mental Health Care: Divergent Views. *Community Mental Health Journal*, 675-685.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). Ethical principles is de juiste referentie over waarden

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*. London/New York: Routledge.

Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid*. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

Uitermark, J. (2014). De overheid moet niet inspireren maar een server zijn. *Sociale Vraagstukken* Zie: <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2014/01/10/de-overheid-moet-niet-inspireren-maar-een-server-zijn/>

Van den Heuvel, B. (red.) (2014). *Netwerkgzorg. Nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag*. Leuven: ACCO.

van der Lans, J. (2014). *Een wijkgerichte aanpak: het fundament. Een beschouwing opgesteld in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koningsrelaties*. Amsterdam.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/02/01/een-wijkgerichte-aanpak-het-fundament>

van Eijk, C. & Steen, T. (2013). Why People Co-Produce. Analysing citizens' perceptions and co-planning engagement in health care services. *Public Management Review*. 16(3): 358-382.

Vanloo, G., De Rynck, F. & Temmerman, D. (2008). Buurtwerking ter ondersteuning van gebiedsgerichte werking en sociale cohesie: een taak voor stadsbesturen. In: De Rynck, F. (ed.) *De stad in de wijk: gebiedsgericht werken in Vlaamse steden en gemeenten*. Brussel: Politeia, pp. 73-91.

van Rheenen, T. (2003). Dynamiek en relaties in netwerken van organisaties. In A.-M. Poorthuis e.a. (red.), *Ketens en netwerken. Een zoektocht naar samenhang*. Utrecht: Lemma.

Van Tilt, E. (2014). *De schaduw van de verlichting. De westerse worsteling met welzijn*. Pelckmans Klement. 404 p.

Vlaamse Bouwmeester (2014a). Pilootprojecten Collectief Wonen. Brussel.

<http://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/publica-ties/pilootprojecten-collectief-wonen>

Vlaamse Bouwmeester (2014b). Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende Zorgarchitectuur. Brussel.http://www.vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/PPZontw_HR_04022014.pdf

Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S., Gosset, C, et al.(2012) Oud word je niet alleen. Een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België. Rapport i.o.v. Koning Boudewijnsstichting.

Verschuere, B. & Steen, T. (2015). *Cocreatie en coproductie van publieke diensten: een uitdaging*. IMPULS. p.7-12. <https://biblio.ugent.be/publication/6849059/file/6849060.pdf>

Wijkteams, conceptnota CAW Antwerpen, (2014. Zie:

http://www.cawantwerpen.be/sites/cawantwerpen/files/soc_wijkteams.pdf

Bijlage 1 aan de Nota “Zorg voor de Buurt”

Literatuur en projecten in Vlaanderen

i.o.v. Team Vlaams Bouwmeester en Agentschap Zorg en Gezondheid

Focusgroepgesprekken 21 april 2016

o.l.v. Prof. dr. Anja Declercq en Prof. dr. Chantal Van Audenhove, LUCAS KU Leuven

I. Focusgroep Administratie en beleid

Aanwezigen

Dirk Dewolf, Agentschap Zorg en Gezondheid

Christophe Cousaert, Departement WVG

Gerd De Keyser, Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen

Rudi Kennes, VAPH

Stefaan Van Eeckhout, VVSG

Verslag

Inleiding: opdracht, kader, doelstelling focusgroep, thema's

Terminologie is belangrijk.

Het begrip “buurt/wijk” is niet ‘Vlaams’ (Hollands).

Een “dorp” is herkenbaarder voor niet-stedelijke locaties.

De afbakening van 10.000-25.000 inwoners is ook op stedelijk niveau bekeken, niet voor een dorp.

“Buurt” is niet zozeer probleem in taalgebruik. “Dorp” daarentegen zou gemeenten kunnen afschrikken.

Noot: VAPH doet niet aan beleidsvorming, maar helpt het beleid mee uitvoeren.

Om de concepten te laten accepteren, zou correct taalgebruik helpen.

“Nabijheid” en “zorg voor elkaar” zijn belangrijke concepten en kunnen eventueel terminologische problemen vermijden.

Suggestie “zorgzame burens”?

Nabijheid is zeer belangrijk en bevat de link naar omgeving en zorgsetting (bv. spontaan bezoek). Nabijheid is een waarde die onvoldoende aandacht krijgt.

Binnen de lokaliteit zouden basisnoden opgevangen moeten worden.

“Zorgzame burens” is een goed idee, want de regie van de zorg is belangrijk (vb. zorgbehoevenden die sociale woningen bepalen). Dit is niet het geval met het huidige traditionele zorgaanbod.

<p>Vermaatschappelijking van de zorg betekent meer flexibiliteit, zonder te vervallen in besparingsmaatregelen.</p> <p>De regie van de zorg omvat het recht om initiatief te nemen en de zorg zelf in handen te nemen, maar dit is nu te moeilijk wegens de regelgeving.</p> <p>Zo is de “zorggraad” is een zeer belangrijk begrip in de welzijnsregelgeving, maar dit wordt vooral economisch bekeken (vb. in de bepaling van de behoefte voor een sociale woning). Ook erkenningen zijn belangrijk in het welzijnsbeleid, maar deze blokkeren dikwijls de samenwerkingen (vb. woonzorgprojecten van sociale huisvestingsmaatschappijen enkel mogelijk door overtreding van de regelgeving).</p> <p>Woonzorgexperimenten naar Nederlands model leiden tot aanpassing van de regelgeving indien het experiment goed is uitgevoerd (tijdens het experiment mag men de regelgeving naast zich neer leggen).</p>
<p>Nieuwe regelgeving binnen VAPH wordt ontwikkeld; uitrol sinds januari 2016, hopelijk op korte termijn bekrachtigd (vb. “erkende aanbieders” worden nu “vergunde zorgaanbieders”).</p> <p>Een betere afstemming tussen Welzijn en Wonen is dus zeker in de maak als uitvloeisel van persoonsvolgende financiering. Er zal ook meer bilateraal overleg zijn tussen beide diensten. Tenslotte zal tegelijkertijd ook een monitoring (in beeld brengen, evaluatie) plaatsvinden.</p>
<p>Enkel voor personen met beperking of totaliteit van de doelgroepen?</p>
<p>Persoonsvolgende financiering is een fundamentele switch die volgt op de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij het beleid vraagsturing nastreeft.</p> <p>De regelgeving belemmert sociale huisvesting echter niet, maar nodigt uit om oplossingen te zoeken (vb. in de richting van assistentiewoningen). Er schort dan eerder iets aan de financiering en niet aan de regelgeving.</p>
<p>Voor een sociale woning stelt men een voorwaarde met betrekking tot eigendom. Dit maakt het totaal oninteressant voor sociale huisvesters om assistentiewoningen te bouwen; assistentiewoningen worden dan de facto enkel gebouwd voor zwakste bewoners. Dit verhindert een sociale mix hetgeen noodzakelijk is voor de leefbaarheid.</p>
<p>Besluit op de bijzondere subsidies sinds 1995 tot voor kort. Nu nieuwe ontwerpregelgeving om thematische projectoproepen te doen. Vanuit verschillende beleidsdomeinen en respectievelijke partners kan er dan een inbreng worden gedaan, zodat het mogelijk is om thematische stappen verder te zetten.</p>
<p>De ambitie is om ouderen thuis te laten wonen, maar als de woning ongezond is, is de gezondheid opnieuw in gevaar. De kennis omtrent kwaliteit van het woningenbestand is echter nog niet aanwezig. Wij weten niet welke aanpassingen nodig zijn. We hebben advies gevraagd met betrekking tot woningaanpassingen (vb. ergotherapie, valpreventie). Zeven jaar later hebben de ‘Protocol 3’ projecten echter niet geleid tot een structurele financiering.</p> <p>Studies tonen aan dat kleine aanpassingen de woonkwaliteit kunnen verbeteren.</p> <p>Er moet dan ook enerzijds gewerkt worden aan minimumcriteria voor woningontwerp of –renovatie via de opleiding van architecten (preventief; vermijdt latere aanpassingspremies) en anderzijds moeten de</p>

<p>voorwaarden voor stedenbouwkundige vergunningen en de visie op toegankelijkheid (vb. trottoir) worden bekeken (beleidsaspect). Dit betreft het “design for all” principe.</p> <p>Er kan ook gewerkt worden aan de herinrichting van wijken op ruimtelijk vlak (vb. Europawijk Antwerpen).</p>
<p>Wat maakt een buurt/wijk zorgzaam?</p>
<p>Alle infrastructuur en de leefbaarheid (opwaardering, duurzaamheid van wonen).</p> <p>Vb. sociaal wonen kent negatieve perceptie. Zorg inbrengen is een middel om de wijk aantrekkelijk te maken voor andere personen dan sociale huurders (zorgvoorziening trekt immers vooral jongere bewoners aan). Zo komt men tot een sociale mix (vb. woonzorgzone Wervik).</p>
<p>Ten eerste is een motor voor een buurt is nodig. Dit kunnen de lokale dienstencentra (LDC) zijn. Vb. oprichten van een zorginformatiepunt in het LDC; elke mutualiteit heeft echter zijn eigen aanspreekpunten en wil eerder een netwerk opzetten dan een informatiepunt.</p>
<p>Ten tweede is preventieve gezondheidszorg nodig.</p> <p>Vb. project Rotterdam met verpleegkundigen die smartphones gebruiken om zich bekend te maken binnen een locatie; zorgbehoevenden krijgen een melding en kunnen zelf al dan niet de vraag om zorg activeren (i.p.v. systeem van een personenalarm). Zo bekomt men zorg voor wie wenst en door wie beschikbaar is.</p>
<p>Technologische oplossingen zijn niet voldoende.</p> <p>Vb. Community building projecten van VAPH (projectoproepen).</p> <p>Doel? Het ontwikkelen van eigen methodieken en stimuleren van een motor/penhouder van een eigen project. Op deze manier creëert men zelf een netwerk (niet enkel zorgverleners).</p> <p>Vb. samenwerking tussen twee zorginstellingen; het netwerk/de buurt ontwikkelt een app; dit is een technologische uitkomst, maar de essentie is het netwerk zelf (mensen kennen)</p>
<p>Hoe ver moet men gaan in ‘decentralisatie’ met lokale budgetten en lokaal bestuur? Er moet een nieuw evenwicht ontstaan.</p> <p>In welke mate kunnen lokale besturen verantwoordelijkheid nemen?</p>
<p>Hoe kan dit gebeuren? Wat zijn de voorwaarden?</p>
<p>Clustering/ nabijheid en buurtzorg/inrichting van buurten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tijdsaspect (vervoer om thuiszorg te bieden vermijden) - Technologie, ruimtelijke ordening, basisvoorzieningen op een aanvaardbare afstand - Infrastructuur (vb. speelplein, zitbank)
<p>Hoe kunnen we gemeenten aanmoedigen?</p>
<p>Of verplichten via regelgeving?</p>
<p>Er moet een bepaalde visie en dynamiek ontwikkeld worden. Dit kan te beperkt op gemeentelijk niveau.</p>

Omvat dit ook initiatief van vrijwilligers?
Dit kan via subsidies (vb. buurtfeesten), maar eerst zijn er instrumenten nodig om kennismaking van burens aan te moedigen. Er is een grote rol voor buurtbewoners weggelegd (bottom-up).
Dit betreft attitudevorming. Is dit een taak van de overheid?
De overheid kan dit faciliteren.
Dit kan niet enkel financieel, maar ook via infrastructuur (vb. locaties van de gemeente).
Verenigingen zijn de lokale troeven. Infrastructuur kan bijvoorbeeld via herbestemming kerken.
Verschillende zorgverleners bestaan omwille van de vrije keuze, maar dit is maatschappelijk onverantwoord, terwijl zorgbehoevenden enkel een oplossing wensen. De beschikbare uren van zorgverleners dalen (vb. bevalling); hoe zetten we onze middelen efficiënter in?
Diversiteit en verzuiling van de zorg is een historisch gegeven. Het beperken van de keuzevrijheid van de patiënt is moeilijk. Zelf binnen dezelfde zuil is het moeilijk samenwerken tussen thuiszorg en residentiële zorg. Dit zal een maatschappelijke evolutie vergen.
Het LDC kan daarin een rol spelen.
LDC bestaat niet overal.
Dit hangt ook samen met de subsidiëring van LDC.
Er zijn nog andere mogelijkheden (niet beperken tot het LDC). Vb. gemeenschapshuis.
Mensen moeten een drempel overwinnen om zorgbehoevenden te leren kennen en over het 'etiket' te raken (vb. rusthuis)
Vb. Projecten kindzorg: gesloten instelling met kinderen met beperking; locatie met park. Samenwerking met lokale partners, handelaars, gezinnen: locatie werd ter beschikking gesteld voor activiteiten.
Zijn er ook elementen van ruimtelijke ordening die kunnen bijdragen?
Langetermijn beleid (verdichting van woonkernen) en accent in woonbeleid is zeer belangrijk. Lokale besturen moeten dit respecteren ondanks de druk van burgers en immobiliërs om af te wijken van de visie.
Sensibilisering van architecten. Er is interesse. Vb. VMSW: boek met betrekking tot sociale woningen wordt opgevraagd door architecten. De burger blijft echter bouwheer in België (typisch Vlaams) en deze moet gesensibiliseerd worden (vb. spelen met fiscale voordelen).

Wat zou dit kunnen zijn met het oog op een zorgzame buurt?
Wonen in de kern zou een fiscaal voordeel kunnen bieden.
Sensibilisering architecten is heel moeilijk. Creatieve vrijheid is belangrijk. Men moet mensen zelf sensibiliseren, los van faciliteren en sanctioneren.
Wat kan er bijdragen om de nabijheid te stimuleren?
Levenslang wonen; een aanpasbare woning; de toegankelijkheid van private woningen (vb. voetpaden); voorzieningen (winkels, haltes openbaar vervoer).
Dit moet een thema worden van de gemeenteraadsverkiezingen.
Architecten moeten de nadruk leggen op duurzame gebouwen, maar bouwen toch grotere en moeilijkere woningen. Hoe kunnen we architecten motiveren om alle types woningen toegankelijk te maken? Toegankelijkheid van en voor de eigen woning is belangrijk.
Dit is belangrijk voor allen.
Niet voor later, maar voor nu.
De immobiële sector zou de criteria voor een woning kunnen aanpassen (vb. duurzaam wonen), maar dit moet vanuit vraagsector komen.
Hoe kunnen we dit verkopen aan architecten?
Dit is al lang geprobeerd; er is een andere strategie nodig. Altruïsme alleen is onvoldoende. Het financieel belang van de architect kan misschien ook werken.
Project Gent: richtprijzen voor private huur waarbij de kenmerken van de woning bepalend zijn. We kunnen burgers zo aangeven dat bepaalde woningen te duur zijn.
Ouderen wonen in te grote huizen nadat kinderen uit huis zijn. We moeten stimulerende maatregelen zoeken om de nabijheid van familie te bekomen.
Een boetesysteem om eigenaars in een andere woning te krijgen, maar daar is veel bezwaar tegen. Vb. sociale woning Geel; alleenstaande mevrouw in rolstoel verbleef in sociale woning met 4-5 slaapkamers (kinderen wonen niet meer thuis); sociale huisvestingsmaatschappij deed haar verhuizen naar een nieuw appartement (aangepaste woning; betaalt minder).
De verplichting om een eigenaar te verhuizen is maatschappelijk niet aanvaardbaar.
Er zijn wel initiatieven waarbij eigenaars nadenken over een successieregeling. Dit moet bottom-up zijn.
Initiatief ligt bij de eigenaars.
De technologie in huis gaat ook verbeteren. We mogen niet fatalistisch zijn, want de technologie gaat een aantal problemen beheersbaar maken.

Ik ben kritisch ten opzichte van de sectorale netwerken (cf. nota). Er zou een fundamentele omzwaai moeten komen in benadering: buurtgerichte zorg moet intersectoraal zijn om te slagen.
De begrotingsspecialist zegt dat dergelijke samenwerking 'afwending van middelen' is.
Community building projecten: toelaten om transversaal te werken.
Hoe kunnen we stimuleren dat hulpverleners over sectoren heen samenwerken?
Dit is een waardendiscussie, nl. keuzevrijheid over zorgverlener.
Samenwerking via projectoproepen. Studie toonde aan dat thuiszorg en gezinshulp te weinig kennis hadden van elkaars werking binnen één familie.
Dit is hetzelfde binnen een buurt. Netwerk staat niet noodzakelijk haaks op keuzevrijheid.
Keuzevrijheid: ingegeven door de eindgebruiker of de voorziener?
Er is een overaanbod in Vlaanderen; veel concurrentie. We zijn dit gewoon; dit zit diep in het dna van de zorggebruiker.
Vooraf in het dna van de aanbieders.
Idee tendering (Zweden); slechts beperkte keuze.
Beperkt aantal zorgverleners nodig; deze kennen dan beter de kwetsbare personen.
Bestaande structuren gebruiken (verenigingen, mutualiteiten, etc.). We moeten rekening houden met de realiteit, vb. mutualiteiten.
Experimenteerruimte is belangrijk.
Woningtypologieën zijn belangrijk. Differentiatie is nodig (vb. cohousing, ...), maar regelgeving maakt dit moeilijk.
T.o.v. de Pilotprojecten Zorg I moet er een actievere bijdrage zijn van een aantal beleidsdomeinen. Deze waren vroeger eerder waarnemend.
Invalshoek 'maakbaarheid van de samenleving' terwijl er op Europees niveau veel aandacht gaat naar 'vermarkting' en schaalgrootte. Dit is een belemmering op de regelgeving (vb. inzet van middelen).
Slotwoord

Samenvatting

- *Buurten*
 - Buurt moet vooral afgebakend worden door de invulling van het criterium “nabijheid”
 - Kleinschalig
 - Toegankelijk (ook ruimtelijk)
 - Infrastructuur en technologie
 - Samenwerking tussen alle actoren
- *Haalbaarheid / voorwaarden*
 - Er moet een motor zijn: burgers, LDC of gelijkaardige initiatieven, samenwerking tussen zorginstellingen
 - Middelen voorzien om elkaar te leren kennen in een netwerk
- *Valkuilen*
 - Sectorale werking zorgverleners
 - Europees beleid met andere focus
 - Onvoldoende mogelijkheden voor gemeenten
- *Beleid*
 - Faciliteren en sensibiliseren
 - Hoe?
 - Regelgeving aanpassen, monitoring
 - Fiscale stimulansen, subsidies, ...
 - Afstemming tussen verschillende beleidsdomeinen
 - Decentralisatie: lokaal beleid voeren, herinrichting buurt, ter beschikking stellen van infrastructuur
 - Stedenbouwkundig beleid en opleiding architecten

II. Focusgroep Zorgverstrekkers

Aanwezigen

Myriam Deloddere, OCMW Wervik
 Jan Lambrecht, OCMW Gent
 Paul Van Tendeloo, Emmaus
 Katleen Evenepoel, Zonnelied
 Carla Molenberghs, Huis Perrekes
 Dirk Poppe, ZNW Trento
 Steven D'Haens, Symbiosis
 Paul Caes, Inclusie-Invest
 Stijn De Vleeschouwer, Vlaams Bouwmeester

Verslag

Inleiding: opdracht, kader, doelstelling focusgroep, thema's
Kennismakingsronde
<p>Model zorgzame buurt: criteria?</p> <ul style="list-style-type: none"> - “zorgkruispunt”: WZC, LDC, thuisverpleging (mag geen ziekenhuis zijn volgens regelgeving) - Afbakening van het gebied, afhankelijk van het bewonersaantal en de zorgnood - Aanbod diensten aan huis verhogen - Aangepaste woningen (advies: bouwnormen voor duurzame woningen) - Betaalbaarheid - Motor: trekker die de ontmoetingen faciliteert
Moet de norm zijn dat personen in hun eigen woning blijven wonen? We kunnen een alternatief zoeken waardoor mensen een te groot huis willen verkopen; aantrekkingskracht door nieuwe woonvormen.
Een belangrijke vraag is wie de doelgroep van een project is? Een bouwconcept verschilt voor personen die toezicht nodig hebben (mensen samenbrengen met hulpfuncties; compacter) en personen die geen toezicht nodig hebben (afstand kan groter zijn; thuiswonen is mogelijk).
<p>We moeten de positieve elementen meenemen van de woonzorgzone.</p> <p>Professor Pacolet heeft een studie gemaakt in Oost-Vlaanderen over woonzorgzones en -netwerken.</p> <p>Het opleggen van normen is iets waar we achter staan. Stedenbouw-regelgeving rond aanpassing woning is samengevat door OCMW Gent “GOLLD” (voor nieuwbouw). Dit wordt fiscaal gestimuleerd.</p> <p>Een trekker op buurtniveau moet het initiatief nemen om ontmoetingen te organiseren en dit kost geld.</p> <p>Stedenbouw kan dit stimuleren, vb. bouwvergunning assistentiewoningen werd recent niet verkregen wegens verkeerde zone.</p>

Op dit moment zit OCMW in adviescommissie in geval van nieuwbouwprojecten voor ouderen in Gent; wij zij partners geworden.
<p>Behoeftte-onderzoek in een wijk is nodig want er zijn grote verschillen. In Nederland kan je documenten op wijkniveau opvragen bij de gemeente.</p> <p>Nieuwbouw: kunnen we bestaande gebouwen aanpassen; moet het nieuw zijn?</p> <p>Regie: Bestuur, vzw (vb. LDC), industrie?</p> <p>Interessant om de koppeling te maken naar geïntegreerde zorgnetwerken; ambulante wijkteams; waar op de payroll?</p> <p>In Nederland is dit reeds gebruikelijk.</p> <p>Sociale mix van bewoners en mix van zorgverleners.</p>
<p>Single point of entry?</p> <p>Er zijn moeilijkheden inzake verzuiling en er zijn teveel initiatieven.</p> <p>Er is nood aan duidelijke richtlijnen.</p> <p>Financiering/privé-initiatief. Er is ondersteuning nodig.</p> <p>Algemeen principe van thuiswonen of niet, gaat niet werken. De keuzevrijheid van het individu is heel belangrijk. Welzijn verhoogt wel door preventief te gaan werken.</p> <p>Men kan wel de mogelijkheden bieden en men moet garanties bieden dat men alles onderzocht heeft.</p>
<p>Regie?</p> <p>We verstaan hier niet allemaal hetzelfde onder.</p> <p>Veel vooruitgang te boeken door samenwerking. De financiering is voorzien op verzuiling. Voorstel: geef geld aan de buurt inclusief zorgactoren met lokale ondersteuning van de gemeente/provincie.</p> <p>De buurt bepaalt wat belangrijk is (infrastructuur, sociale cohesie, ...).</p> <p>Dit vergt aanpassing regelgeving.</p>
<p>OCMW Wervik werkt al jaren met een “woonzorgloket”. Nu is er een lokettenstraat om de burger te informeren; dit werkt per thema (transparant, duidelijk voor de burger, op een neutrale manier).</p> <p>Het OCMW is in deze regisseur maar is neutraal en pluralistisch.</p> <p>Het alternatief is een verzuild model.</p>
<p>Dit is sterk afhankelijk van de visie van de lokale overheid. De aansturing mag niet afhankelijk zijn van de lokale overheid alleen.</p> <p>Een andere stad kan een andere visie hebben.</p> <p>Men zou dezelfde toelichting kunnen krijgen ongeacht waar men woont.</p>
<p>Betaalbaarheid is een grote vraag. Er is een markt die een geschikte woning niet kan betalen.</p> <p>Vb. in de gehandicaptenzorg zijn er weinig personen met kapitaal.</p>

Er moet een voldoende aanbod zijn aan betaalbare woningen en voor sommige doelgroepen misschien nog meer dan voor andere doelgroepen.
Wat is de persoonlijke woonkost en wat is de organisatie-gebonden kost? Dit zijn compleet verschillende bedragen.
Met een klein pensioen kan men geen grote huur betalen. Overheid ondersteunt personen met handicap, maar wonen moet betaald worden van eigen inkomen en dat is niet vanzelfsprekend.
Financiering is belangrijkst voor de meest kwetsbaren. Inkomen is een belangrijk aspect in het kader van sociaal isolement (vb. deelnemen aan sociale activiteiten).
Architecten vragen een meerkost voor 'fantasie' die mensen niet kunnen betalen.
We hebben plannen bekeken samen met architecten. GOLLD heeft aangetoond dat een andere inrichting haalbaar is. Er moet gewerkt worden aan de opleiding van architecten. Er zit een enorme expertise bij de architecten en dit kost niets extra als je samenwerkt. De uitdaging is om uit te leggen waarom je iets wenst (Vb. doelgroep moet woning kunnen betalen).
Doelgroepen zelf moeten betrokken zijn, niet enkel op vlak van inrichting maar ook naar 'wat is betaalbaar'.
Er zijn nu inderdaad assistentiewoningen die leeg staan.
Er is nood aan creativiteit. Architectuur moet georganiseerd worden zodat het geen meerkost betekent, maar wel kwaliteitsvol is. Bijscholing is een interessante insteek.
Welke gebouwen staan er leeg in buurten? De beschikbaarheid van infrastructuur is ook belangrijk (kerken, scholen, postgebouwen, CM gebouwen, ...).
Moet men levenslang wonen in eigen huis, of kan met verhuizen?
Het is een en-en-verhaal. We moeten mensen 'verleiden'.
We moeten er samen naar kijken; het moet gedragen zijn: samen kijken wat er nodig is op lange termijn. Hoe kunnen we ons engageren om dit te realiseren en wie gaat de regisseur worden? De regisseur moet een vergoeding krijgen.
Citaat Ford: "Als ik de mensen had gevolgd, dan had ik nog een kar gemaakt met een extra paard". Mensen weten niet altijd wat ze willen. Je krijgt dan toch een conservatieve versie van het verhaal.
We kunnen burgers en verenigingen samenbrengen, maar een trekker vinden, is moeilijk. We moeten ontschottend denken (niet top-down).
De verantwoordelijken moeten zeggen 'waar gaan we naar toe'? Het hiërarchisch model is nog van toepassing: we doen wat een ander zegt. De persoon die de regie opneemt, moet wel de middelen krijgen.
We moeten actor en regie uiteen trekken. Het is niet de expertise van zorginstellingen om bouwheer te spelen. De zorg wordt voorzien door de dienstverlener en de buurt heeft de regie en is bouwheer. Dan ga je in dialoog.

<p>We moeten met zoveel mogelijk actoren proberen een antwoord te bieden.</p> <p>Wij hebben woningen in eigen beheer en kunnen deze aanbieden aan een betaalbare prijs. Ik heb niets tegen privé, maar hou een warm pleidooi voor een en-en-verhaal.</p> <p>(Vb. nieuwe woonzorgcentrum gebouwd waarin 15 kamers met drie personen met een beperking; gemeenschappelijke 'kotwoning' voor senioren met huishoudhulp en thuiszorg; 450-550 euro per kamer met zorgcomponent inbegrepen; via de 'Wet op kamerwoning', niet via regelgeving voor assistentiewoningen; we kunnen de vraag hiernaar niet bijhouden).</p>
De zorgverlener kan niet en moet niet alles doen.
<p>Wie is verantwoordelijk voor het welzijn, kwaliteitsvol wonen? Iedereen en niemand. Zorgcentrum, LDC, mutualiteit? Er moet duidelijkheid bestaan. Iedereen, maar samenwerken is essentieel. We zijn verzuimd, maar laten het wel bestaan. OCMW heeft positieve functie, maar mag zich dan weer niet teveel bemoeien volgens anderen. Wie gaat voor de senioren zorgen, mensen met beperking, ... als er geen OCMW is. De sense of urgency bestaat blijkbaar niet en ik hoor dit overal (Vb. mutualiteiten)</p>
De buurt moet zichzelf organiseren.
Wat kunnen we doen om zorgzame burens in wijken te stimuleren? Wat zijn goede initiatieven, wat maakt het haalbaar en wat houdt het tegen?
<p>Culturele activiteiten brengen een buurt op gang en werken drempeloverschrijdend (Vb. personen met dementie, fanfare, feesten). Dit kan ook helend werken voor gebruikers en hun familie. De vraag is wie het initiatief neemt, maar het gaat erom een beweging op gang te brengen van mensen die elkaar versterken. Het gaat over "samen" en "wie zet de eerste stap".</p>
We moeten de anonimiteit doorbreken. Iemand die je niet kent, die ga je niet spontaan begroeten.
Eten en drinken. Hou het simpel. Nu komt er ook beweging bij.
Kleinschaligheid behouden, zodat er betrokkenheid is.
Ontmoetingsmomenten. Speelstraten, plaatselijke handelaars.
Wet overheidsopdrachten verplicht om bij grote handelaars te kopen. Schenking is niet toegestaan omwille van risico. Dit is de juridisering van de maatschappij.
Is het woord "buurt/wijk" passend?
Buurt is het beste begrip zowel in een stad als landelijk. Nabijheid is essentieel. Identificatie van bewoners met de buurt telt.
Zijn er nog zaken die jullie willen meedelen?
Mobiliteit is belangrijk om sociale cohesie te stimuleren (Vb. mensen die elkaar beginnen te vervoeren).
Zijn er andere sectoren die we kunnen betrekken?
Onderwijs en gezondheidszorg

Wonen Vlaanderen en Ruimte Vlaanderen
Religie
Als mensen moeten verhuizen omdat ze te zwaar zorgbehoevend worden, dan moeten we aandacht hebben voor het intergenerationele van die woonzone en uitkijken dat het geen 'sukkelstraat' wordt. We moeten de intergenerationele mix behouden.
Geen "seniorengetto".
Een "mixpaneel".
Slotwoord

Samenvatting

- *Haalbaarheid / voorwaarden*
 - Bottom-up analyse, behoeftenonderzoek (diversiteit in buurten en regelgeving)
 - Betaalbaarheid/ondersteuning van overheidswege
 - Regie door een trekker op buurtniveau/netwerkcoach die voldoende middelen krijgt
 - Mix binnen de buurt (zowel burgers als zorgverleners)
 - Keuzevrijheid individu behouden
 - Niet beperken tot visie op lokaal niveau
 - Drempelverlagend werken: ontmoetingen en ontmoetingsplaatsen faciliteren
 - Kleinschaligheid behouden
 - Mobiliteitsinitiatieven
- *Valkuilen*
 - Verzuiling (geen intersectorale werking)
 - Versnippering van initiatieven (geen duidelijke visie)
 - Betrokkenheid van slechts enkele actoren
 - Te trage ontwikkelingen
 - Gebrek aan mobiliteit
- *Beleid*
 - Netwerk/burgers informeren (neutraal/pluralistisch), faciliteren, niet dwingen
 - Nieuwe/betere regelgeving: bouwnormen, opleiding architecten, ...
 - Meenemen van positieve elementen uit het verleden (success stories)
 - Afstemming/samenwerking met stedenbouw
 - Ter beschikking stellen van infrastructuur
 - Aanbod sociale woningen vergroten voor lage inkomens

III. Focusgroep Kenniscentra

Aanwezigen

Nathalie Dillen, Platform actief zorgzame buurt
 Herwig Teugels, Kenniscentrum Woonzorg Brussel
 Pascal de Decker, KU Leuven Architectuur
 Riet Steel, Samenlevingsopbouw
 An Rekkers, Vlaamse Vereniging voor Ruimte en Planning
 Marijke Enghien, Welzijn en samenleving
 Filip De Rynck, UGent bestuurskunde
 Stijn De Vleeschouwer, Vlaams Bouwmeester

Verslag

Inleiding: opdracht, kader, doelstelling focusgroep, thema's
Kennismakingsronde
Eerste bedenking: is het haalbaar in de toekomst om zorg naar zorgbehoevenden te brengen rekening houdend met demografische evolutie (vergrijzing). Misschien toch mensen naar de zorg brengen? Vb. verzorgende zitten langer in de auto, dan de tijd die ze bij de mensen doorbrengen.
Studie over mensen die naar de kust verhuizen; kwamen terecht in een onaangepaste woning. Nota voor Minister van Ruimtelijke Ordening: vergrijzing (verhoudingsgewijs) voornamelijk in hoofdzaak in zorgarme gebieden buiten de grote steden (in dorpen waar er niets meer is, langs steenwegen, lintbebouwing, ...). Combinatie van onaangepaste woningen op onaangepaste plekken. Dit onderzoeken we nu in Westhoek en de Kempen voor de Vlaamse Landmaatschappij; onderzoek afgerond in mei 2017. Het gaat over zeer veel mensen en ik weet niet hoe we dat moeten aanpakken.
We kennen geen ruimtelijke ordening. De publieke sector is een noodzaak. Woonzorgzone Wervik is voorbeeld van gebricoleer van samenwerkingen, financieringen, ...
Woonzorg Brussel: teveel aan ouderenvoorzieningen in Brussel. Duizenden rustoordbedden staan leeg (niet RVT). Sterk ingezet op stadsgerichte zorg, buurtzorg. Alle publieke functies staan met elkaar in concurrentie om grond en locaties.
Wat is een actief zorgzame buurt? Hoe kunnen we dit uitbouwen? De eindgebruiker staat centraal in alles wat je doet en waarover je nadenkt.
Hoe kan aan de kwaliteit van de dienstverlening worden gewerkt? Toegang tot sociale grondrechten: solidariteit, netwerken, gedeelde publieke plekken. Sociaaleconomische realiteit: kwetsbare mensen worden niet beter geholpen.
Sociale grondrechten voor iedereen realiseren. Lokaal sociaal beleid: hoe lokale besturen stimuleren om met 'vermaatschappelijking van de zorg' aan de slag te gaan? Hoe kan de toegang tot de zorg verbeterd worden?

Faciliterende actoren binnen het netwerk: thuiszorg, buurthuizen, LDC, huisartsen, Diensten die in de leefsituatie van mensen komen en die signalen kunnen capteren en doorgeven. Pilootprojecten lopen tot mei 2017.
Hoe kan het beleid stimuleren dat mensen zorg aan elkaar geven?
Nog meer bezuinigen. Ik geloof niet in vermaatschappelijking van de zorg. Dit spoort momenteel samen met bezuiniging. Vlaanderen is het omgekeerd van een buurt, mensen wonen heel ver van elkaar. Het gaat over heel grote aantallen mensen.
Beleid mag niet teveel proberen om te organiseren. Informele zorg: het loopt vaak mis vanaf het moment dat je het formeel wil maken (Vb. tekenen vrijwilligerscontract). Laat beleid faciliteren en middelen aanbieden. Niet forceren. Sommige buurten kan je nooit zorgzaam maken.
Men mag niet verwachten dat het overal gaat lukken, maar dit vraagt een inspanning van het beleid. Focus leggen op plaatsen waar zorg wordt verleend. Deze netwerken versterken via beleid.
Wat kunnen we doen als het wel lukt; zijn er alternatieven?
Zorgenden wonen te ver van zorgbehoevenden. Vlamingen wonen in een woestijn. Ruimtelijke Ordening leidt tot een ramp.
Beleid werkt vermaatschappelijking tegen.
<p>1) Het zorgmodel is uitgetekend vanuit een professionele invalshoek en niet vanuit buurtgerichte zorg. We moeten een mindshift realiseren.</p> <p>2) Modellen niet enkel beperken tot de buurt.</p> <p>Credits in locatie waar je zorg verleent.</p> <p>3) Teveel mantelzorgverenigingen. Dit zit op een verkeerd echelon en moet dicht bij de mensen staan.</p>
Beleid denkt niet vanuit informele zorg. Informele zorg floreert. Elke stap van vermaatschappelijking leidt tot nieuwe vormen van uitsluiting of versterking van bestaande structuren. De verzuiling werkt dit tegen en staat haaks op een horizontaal en territoriaal model. De verzuilde organisaties zijn niet klaar om dit toe te passen. Er is geen neutraal ideologisch klimaat; het model botst met het ruimtelijke beleid en de manier waarop we ons sociaal beleid hebben georganiseerd.
Uitdaging zal zijn: hoe geef je een plaats aan de informele kant? Wie is mantelzorger? Partner, burens? We moeten een systeem vinden om mensen te doen verhuizen, op tijd (impliciet aging in place). Dynamiek op de woningmarkt krijgen om aangepaste voorzieningen te bouwen, maar dan moet er een alternatief zijn (Vb. cohousing onder de koepel van het OCMW).
Wat kan er gebeuren om dat wel te laten lukken?
Er is geen stap tussen zelfstandig wonen en rusthuis. Stimuleren om te verhuizen naar een nieuwe omgeving. Mensen zullen in zo'n omgeving veel kwalitatiever leven?
Assistentiewoningen?
Tussenvormen van wonen.

Ik vind dat de drempel daar al vrij hoog is.
Ouders van personen met een handicap zijn op zoek naar nieuwe modellen.
<p>Wat met de anderen?</p> <p>Wat ik ook mis in de vraagstelling: Wat is informele zorg? Er is een enorme variatie. Boodschappen, ... Sommige zijn haalbaar, andere niet. Het is moeilijk om de private sector mee te bewegen, zonder publiek initiatief en een intelligente verbinding tussen diensten.</p>
Financiering zal essentieel zijn.
We moeten ons ervan bewust zijn dat de zuilen financiële concerns zijn geworden.
<p>Buurtwerking komt niet uit zichzelf. Zorg voor ontmoetingsplaatsen en dat mensen elkaar leren kennen. Zorg dat er iemand dit in handen neemt.</p> <p>Vb. Torekens: netwerk</p>
<p>Gevaarlijk om de vermaatschappelijking van de zorg als een besparing te gaan zien en te denken dat de problemen zichzelf gaan oplossen. Vb. In Rabot zijn professionals aanwezig. Zonder professionelen zou dit project de kracht niet hebben; we hebben professionele netwerken nodig om op te enten.</p> <p>Het is belangrijk om in zulke praktijken ook te kijken naar de signalen (wat gaat er fout?) en dan rond grondrechten te gaan werken.</p> <p>Solidariteit: gaat dit over directe solidariteit of indirecte? Het een wordt afgebouwd en het ander versterkt. Hier schuilt een gevaar in.</p> <p>Mantelzorg: Wordt informele zorg een verplichting of is er nog keuzevrijheid?</p>
Buurtwerk kan rendabel zijn en dan kan je professionele investeringen verantwoorden. Het netwerk, inclusief publiek initiatief, stimuleert de informele zorg en kan dienen als terugvalbasis als het niet meer lukt of als je er geen zin in hebt.
Gaat het ook niet om subtielere zaken, zoals eenzaamheid? Wat zet de zorgzame buurt er tegenover? Een klimaat van aandacht die de buurt spontaan biedt.
Publiek-private samenwerking, gebruik van publieke plaatsen. Verdichting op ruimtelijk niveau (verstedelijking). Zorg is stedelijk beleid.
Plattelandsregio's: investeren in vrijwilligers op een continue wijze.
<p>Summary search onderzoek: Hoe willen we leven in bepaalde fasen van ons leven?</p> <p>Niet enkel waar, maar ook: welke voorzieningen, welk soort context wil je wonen?</p>
<p>Met goede stedenbouw, inclusief alle voorzieningen, kom je ver, maar zo is Vlaanderen niet ontwikkeld.</p> <p>Citaat in Trends: "Vers voedsel zou op loopafstand aanwezig moeten zijn."</p>
Voorbeeld van Wervik toont ook dat je ook kan investeren in een bepaald weefsel en dat lijkt te werken. Kleinere intelligente aanpassingen in een compacte omgeving.

Weinig middelen helpen soms al en kunnen al verbeteren.
Zorgnetwerken in platteland, interessante combinaties zijn mogelijk, maar een investering vanuit de overheid is nodig.
In zo'n gebied vergt het een opschaling om dit te kunnen organiseren en dit overstijgt de schaal van de gewone gemeenten. Kleinschaligheid kunnen realiseren vergt een opschaling.
Zijn er oplossingen hiervoor? Wat kan Vlaams Bouwmeester doen? Zijn er zaken die we kunnen meenemen?
Vlaams bouwmeester én Minister Vandeuren. Er kunnen suggesties zijn over sectoren en welke suggesties.
Er moet een antwoord gegeven worden op de vraag: Wie doet de zorgregie? Iedereen wil het allemaal zelf doen.
Dit moet door publiek initiatief gebeuren; zij zijn de enigen die het risico kunnen nemen om te innoveren (trekker). Hoe en met wie: daar zijn heel wat constellaties denkbaar. Dit gaat nooit gebeuren door private actoren. Het gaat over de koppeling met ruimtelijke ordening en mobiliteit. Je komt bij uitstek terecht bij het algemeen belang en de verantwoordelijkheid van de publieke sector. Er kan wel uitbesteed worden, maar in essentie is het een publieke verantwoordelijkheid en daarin moet geïnvesteerd worden.
Kan dit door de overheid die zelf diensten verleent?
In sommige plaatsen, vb. Leuven, is er een te kort aan kinderopvang. Minder publiek initiatief leidt tot een tekort. Voor men zegt dat de publieke sector concurrent is van de privé sector, moet men zeker zijn dat dit niet voor verschillende doelgroepen geldt. De scheiding van actor en regie gaat leiden tot een grotere dominantie van de privésector.
Toch is er een meerwaarde van zelfstandige zorgverleners. Rol van de overheid om de regie in handen te houden. Alle verschillende actoren gaan een rol blijven spelen.
Is de overheid niet teveel actor?
Overheid is per definitie rechter en partij.
Elke speler heeft zijn eigen rol; er zijn altijd segmenten. We hebben focusgroepen gedaan over zorgregieschap: het moet een onafhankelijke persoon zijn, die een goede expertise moet hebben over de zorg in de wijk.
Dit is de regie op niveau van de wijk. Er is geen probleem met regie van de overheid als ze haar twee rollen gescheiden kan houden.
Als de publieke sector het doet, waar staan wij dan?
De scheiding van actor en regie? Een OCMW moet geen thuiszorg gaan coördineren, maar ik zou pleiten voor een overheid die meer regie in handen neemt en stuurt. Er is geen 'concurrentie', want in veel

situaties is er te weinig aanbod. Het stedelijk onderwijs in Gent: welk publiek bereikt dit en is dit concurrentie?
Wat zijn strategische stappen die moeten gezet worden om te veranderen? Wat is er nodig?
Vermaatschappelijking lijkt een middel om te besparen en afbouwen van de verplichtingen van de overheid. Als dit in het achterhoofd zit, dan is het geen prioriteit voor de zorg, want enkel een nadeel.
Het hangt ervan af hoe je dit bekijkt. We komen van een andere tijd en zijn nu geconfronteerd met de vergrijzing.
De middelen zijn verkeerd besteed. In elke sector kan met de afweging maken. We kunnen met hetgeen we hebben, andere dingen doen.
Er zijn ook positieve kanten aan de vermaatschappelijking van de zorg. Participatie van de burgers brengt ook positieve elementen. Vb. ondersteuning van coöperatieven. We moeten maatschappelijk initiatief blijven ondersteunen, maar de regulerende rol van de overheid blijft er wel om intelligentere verbindingen mogelijk te maken.
Wat is de rol van coöperatieven?
Als je kijkt naar sociale huisvesting: dit is ook gestart uit coöperatieven vóór de verstaatsing. Je kan tot intelligentere verbindingen komen. Vb. fiscale stimulansen, soepel vergunningssysteem voor nieuwe woonvormen.
We hebben geen beleidsoverheid, maar een regeloverheid. Is er een probleem, dan maken we een regel.
In District Antwerpen heeft men een burgerbegroting. Men nodigt de burgers uit voor een aantal thema's en laat de burgers deze met geld verder uitwerken. Vb. Renovatie van woningen
Is dit voor iedereen mogelijk? "One size fits all" is niet mogelijk.
Komen de maatschappelijk kwetsbaren ook aan bod? De persoonsgebonden financiering bevordert de vermarkting.
Leidt dit niet tot meer versterken van een monopolie? Als er maar één aanbieder is, dan gaat het niet om vermarkting. Er is een illusie van keuze. Het is geen synoniem.
Men gaat zorg toch meer en meer beschouwen als koopwaar.
Zijn er zaken die we zeker moeten meenemen?
Linken met andere beleidsdomeinen zijn belangrijk Vb. mobiliteit, toegang tot dienstverlening en tot zorg Quasi alle beleidsdomeinen zijn betrokken. Denken aan de belangen van de meest kwetsbare groepen.

Welke sectoren zijn nog relevant? Gezamenlijk inzetten van publieke middelen?
<p>Project Rabotwijk: muntsysteem is ook een erkenning voor arbeid.</p> <p>Gaat om mensen die niet in staat zijn om op de arbeidsmarkt te werken. Hoe kijken we naar arbeid en waarderen we dit? Dit gaat ook over zorgen voor een buurman.</p>
We moeten kijken naar de levensloop en behoeften, maar dat is moeilijk en complex. De overheid moet mee ondersteunen en minder regelgeven.
<p>Detectie van wie in de kou blijft, is heel belangrijk.</p> <p>Infrastructuur wordt soms opgebouwd zonder de buurt te betrekken. Participatie van de buurt moet een onderdeel zijn van de projectoproep.</p> <p>Het multifactoriële van de infrastructuur is ook belangrijk.</p>
<p>Ik zou de begrippen zeer zorgvuldig omschrijven, vb. regie aan bed en regie op zorgregio-niveau.</p> <p>De noodzaak aan intelligentere verbindingen vergt ook een sterke deregulering waardoor horizontale verbindingen makkelijker tot stand kunnen komen.</p> <p>Vb. openstellen van een schoolrefter</p> <p>Vlaanderen is totaal verkeerd bezig met regulering. De staatshervorming is een absolute ramp.</p>
<p>In compacte omgevingen kan heel veel en in niet-compacte omgevingen kan heel weinig en het is heel duur. Een beleid opzetten kan door voorzieningen die mensen aanzetten te verhuizen naar verstandige plaatsen.</p> <p>Ruimtelijke Ordening en mobiliteit zijn onlosmakelijk verbonden.</p> <p>Planning is nodig.</p>
In de vorige focusgroep werd er gezegd: We moeten mensen verleiden om te verhuizen.
Je moet het proces wel inzetten en dat gebeurt niet.
<p>Inspiratie is belangrijk. Goede voorbeelden en alternatieven geven.</p> <p>Vb. collectieve projecten, coöperatieven</p> <p>Aanpasbaarheid van infrastructuur en delen van infrastructuur. We moeten af van het hokjesdenken.</p> <p>Sociaal objectief van gemeenten werkt niet overal (cf. sociale huisvesting); plaats waar een netwerk mogelijk is, is heel belangrijk.</p>
Slotwoord

Samenvatting

- *Haalbaarheid / voorwaarden*
 - Ruimtelijke verdichting/investeren in compacte omgeving en netwerk
 - Dynamiek en aanbod creëren op de woningmarkt
 - Buurtwerking organiseren en ontmoetingsplaatsen creëren
 - Infrastructuur delen; professioneel netwerk inzetten
 - Keuzevrijheid van het individu
- *Valkuilen*
 - Sociaaleconomische realiteit: (gebrek aan) ruimtelijk beleid, vergrijzing, individualisering
 - Vermaatschappelijking niet gelijkstellen aan bezuiniging
 - Verzuiling staat haaks op horizontaal zorgmodel
 - Uitsluiting van maatschappelijk kwetsbaren
- *Beleid*
 - Regie op netwerkniveau is een publieke verantwoordelijkheid
 - Planning is noodzakelijk
 - Model ruimtelijke ordening en zorgmodel moeten aangepast worden
 - Faciliteren, stimuleren, middelen aanreiken (financieel e.a.)
 - Dereguleren
 - Bestaande, goede netwerken versterken (geen tabula rasa)
 - Opschalen van investeringen